Rok I. Warszawa, Styczeń 1922 r. № 1.

KWARTALNIK KLINICZNY

SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE

WYDAWNICTWO LEKARZY SZPITALA.

Potrzeba tworzenia widomego znaku pracy naukowej Szpitala w postaci własnego wydawnictwa dojrzała była dawno w świadomości naszej. Już bowiem dn. 28. X. 1903 r. sprawa ta z inicjatywy lekarza naczelnego Szwajcera i kol. Flataua była na porządku dziennym posiedzenia ordynatorów. Warunki nienormalne naszego życia społecznego, a zwłaszcza politycznego, w okresie przedwojennym, jak również czas wojny europejskiej, nie sprzyjały wykonaniu należytemu zamierzenia naszego. Dzisiaj, w przełomowej dla wyzwolonej ojczyzny dobie dziejowej, musimy stanąć do apelu dla pracy wzmożonej w dziedzinie medycyny społecznej i naukowej, by spełnić ciążący na nas obowiązek lekarzy szpitalnych. Rozpoczynamy wydawnictwo kwartalnika klinicznego. Na treść jego składać się będzie przedewszystkiem materjał szpitalnych posiedzeń naukowych, które trwają z małemi przerwami od 1903 roku. Były one już punktem wyjścia dla wielu ogłoszonych drukiem prac klinicznych i doświadczalnych, wykonanych w pracowniach oddziałowych oraz w pierwszej szpitalnej pracowni anatomo-patologicznej u nas, którą stworzył Elsenberg a rozwinął Steinhaus. Rozpoczynając wydawnictwo, zwracamy się myślą ku pamięci zmarłych kolegów Elsenberga, Freidensona, Grosterna, Halperna, Mutermilcha, Oderfelda, Pechkranca, Rappla, Rosentala, Spilreina i inn., których talent, wiedza i zamiłowanie w pracy zawodowej przyczyniły się do podniesienia poziomu kultury naukowej szpitala. Z myślą, by praca nasza była twórcza, dla kraju płodna, polecamy wydawnictwo uwadze kolegów i ogółu.

Komitet Redakcyjny.

Szpital wobec potrzeb i nakazów nauki

podał

Edward Flatau

W latach niewoli i ucisku oddziały szpitalne w Polsce, a zwłaszcza w b. Kongresówce, były jedyną prawie ostoją nauki lekarskiej.

Starano się drogą konkursów i selekcji samoobronnej stawiać na czele oddziałów ludzi, którzyby nietylko byli obeznani z lecznictwem, ale o których sądzono, że będą również myśleć i dbać o podtrzymanie i rozwój nauki lekarskiej. Nie wszyscy potrafili, wobec trudnych warunków politycznych, zadaniu temu sprostać. Niewątpliwie jednak na czele tego ruchu wyzwoleńczego stali częstokroć ludzie o zgoła niepospolitych umysłach i charakterach.

Czy obecnie, wobec zmienionych warunków życia politycznego, wolno uważać rolę oddziałów szpitalnych za skończoną? Pytanie to bywa nam stawiane coraz częściej i coraz natarczywiej. Z dnia na dzień wzbiera i rośnie falanga lekarzy, zwracających się do szpitala z gorącem pragnieniem uzupełnienia swej wiedzy lekarskiej. Luki i szczerby, poczynione przez wojnę również w szeregach lekarzy, zaczynają się zwolna wypełniać, należy jednak dbać o to, aby ten nowy materjał był jaknajlepiej przygotowany i urobiony. Zapotrzebowanie wykształconych lekarzy ze strony budzącego się do życia społeczeństwa jest tak wielkie, że sprawa ta wymaga napięcia uwagi i energji zarówno ze strony władz szpitalnych, jak i kierowników oddziałów.

I tutaj właśnie wysuwa się na plan pierwszy znaczenie naukowości oddziałów szpitalnych. Nie należy zamykać oczu na obecny ich poziom naukowy. Jeżeli porównać tę niezmiernie wysoką skalę naukową, którą napotykamy na oddziałach szpitalnych Zachodu, np. we Francji, ostatnio zaś i w Stanach Zjednoczonych, to porównanie to bynajmniej nie wypadnie na naszą korzyść. Na Zachodzie zrozumiano, i to oddawna, że klinika uniwersytecka może dać zaledwie przygotowanie do zrozumienia tych zawiłych spraw, które noszą miano choroby.

Studjujący medycynę musi w krótkim okresie czasu dotknąć swym umysłem, a często tylko pamięcią, tak wielu złożonych zagadnień teoretycznych i praktycznych, że nie może się łudzić co do możliwości oceny i zastosowania tych wskaźników wiedzy przy łóżku chorego. Nawet system francuski, polegający na obcowaniu adeptów medycyny od początku ich studjów lekarskich z chorym, na ciągłem nieprzerwanem zwracaniu umysłu studenta na ważność obserwacji klinicznej i ten system, powtarzamy, nie może wydać lekarzy, którzyby odrazu spokojnie, bez obarczania swego sumienia, mogli zająć się lecznictwem.

Z drugiej strony zawód lekarski staje się coraz trudniejszy. Medycyna obejmuje coraz szersze widnokręgi. Warunki społeczne również ulegają stopniowo zmianie zasadniczej. Pomoc lekarska ogarnia coraz szersze masy ludowe. Wysiłek energji ze strony nowych pokoleń lekarskich będzie więc się stawał, z natury rzeczy, coraz większy. Dlatego też już dzisiaj liczba studentów medycyny zaczyna się w niektórych krajach zmniejszać.

W każdym bądź razie społeczeństwo dobrze zorganizowane winno dbać o to, aby ułatwić młodym lekarzom możność uzupełnienia potrzebnej im wiedzy i niezbędnego wyrobienia praktycznego. I w rzeczy samej, w krajach cywilizowanych Zachodu, szpitale otwierają naoścież wrota dla coraz to nowej fali lekarzy, kończących swe studja uniwersyteckie. *Médecin des hôpitaux* szpitali francuskich, niemiecki *Oberarzt*, amerykański *Chief* albo *Atpending*, pomni swych obowiązków względem nauki i społeczeństwa, zajmują się z dużem poświęceniem lekarzami, którzy do nich przybywają niekiedy wprost z ławy uniwersyteckiej. Bo też w szpitalu lekarz bardziej, niż gdziekolwiekindziej, zbliża się do życia z jego troską i niedolą. Tutaj nie wybiera się przypadków ciekawych lub bardziej nadających się do pokazu klinicznego. Życie nie zna schematu. Fala twardego życia rzuca na łóżko szpitalne coraz to nowy pokłos cierpienia. Lekarz staje tutaj oko w oko wobec ludzkiej niedoli, która woła o szybką pomoc i ukojenie. Dzieje się to codziennie, z nieubłaganą konsekwencją głęboko ukrytych sprężyn i wszystko to wymaga szybkiej orjentacji i niemniej szybkiej interwencji.

I właśnie wszystkie te przyczyny wpływają na to, że w szpitalu może się wytworzyć zastęp lekarzy doskonale wyrobionych, pod jednym atoli warunkiem, aby oddziały szpitalne stały na wysokim poziomie naukowości i etyki.

Naukowość ta, w znaczeniu najszerszem, nie powinna być uważana, jako rzecz zbytku; wręcz przeciwnie, jest ona integralną częścią lecznictwa szpitalnego. Od poziomu naukowego oddziału zależy zarówno dokładne rozpoznanie chorób, jak i ich leczenie. Tylko ten oddział szpitalny, który stosuje wszelkie nowożytne metody badania i podąża za postępem coraz to mnożących się metod terapeutycznych, może wyrobić własny sąd o znaczeniu objektywnem tych metod i o ich zastosowalności w praktyce. Dotyczy to szczególniej czasów obecnych z tym niepospolicie szybkim rozwojem nowych poglądów na sprawy ana-i antianafilaktyczne, na wakcyno- sero- i proteinoterapję, na wpływ olbrzymi i poniekąd selekcyjny promieni świetlnych, na znaczenie koloidów w organizmie i t. d.

Otóż zachodzi pytanie, czy oddziały szpitali naszych są zdolne zadaniu temu sprostać? Czy przy obecnem ich zaopatrzeniu w pomocnicze środki naukowe oddziały te mogą się zająć skutecznie dalszem kształceniem lekarzy?

Z zapytaniami temi zwracamy się do władz szpitalnych, będąc przekonani, że zrozumieją one całą doniosłość tej sprawy i będąc pewni że uczynią wszystko, aby spełnienie tego zadania ułatwić [1]).

Na czoło tych wymagań naukowych wysuwa się przedewszystkiem urządzenie i odpowiednie uposażenie pracowni szpitalnych. W dużych szpitalach miejskich winny istnieć pracownie 2 typów: ogólne (dla wszystkich oddziałów danego szpitala) i oddziałowe (dla poszczególnych oddziałów). Pracownie ogólne winny się składać z 3 działów: anatomo-patologicznego, chemicznego i bakterjologicznego. Pracownie oddziałowe mają być przystosowane do zadań i specjalności oddziałów poszczególnych. W uposażeniu pracowni należałoby zwrócić uwagę na dział eksperymentalny. Już dawno to zrozumiał był Teodor Dunin, u którego na oddziale były

---

[1]) Sprawę tę podnieśli niedawno kol. Srebrny i Zamenhof na szeregu posiedzeń Tow. Med. Społecznej.

dokonywane nietylko badania czysto kliniczne, lecz i doświadczalne na zwierzętach. Jak dotąd jednak uposażenie pracowni szpitalnych, zwłaszcza zaś oddziałowych, jest mniej niż skromne i władze mało się troszczą o rozwój tych tak ważnych placówek pracy naukowej polskiej.

Drugą niezmiernie ważną sprawą są wykłady szpitalne dla lekarzy. Na Zachodzie, a szczególniej we Francji, bywa ogłaszany systematycznie w tygodnikach lekarskich spis wykładów w poszczególnych szpitalach z najrozmaitszych dziedzin medycyny. Jest rzeczą zbyteczną wskazywać na wielką doniosłość tych wykładów. Korzyść odnoszą zarówno wykładający, jak i słuchacze. I właśnie w szpitalu, przy ciągle zmieniającym się materjale klinicznym, jest miejsce najodpowiedniejsze na udzielanie lekarzom wskazówek, jak należy się w życiu orjentować w tylu zawiłych sprawach patologicznych. Ordynator oddziału, któryby wiedział, że obowiązkiem jego jest prowadzić wykłady kliniczne, musiałby dbać o utrzymanie swej wiedzy na odpowiednim poziomie naukowym, uniknąłby szablonu i szematyzowania, które bez odpowiedniej kontroli, tak łatwo się rozgaszczają w umysłowości zawodowców.

Wykłady te, których organizacją winny się również zająć władze szpitalne wespół z kierownikami oddziałów, obejmowałyby a) metodykę badań, b) choroby specjalne lub ich ugrupowania, ze specjalnem uwzględnieniem panujących w kraju epidemji, c) wykonawstwo lecznicze, szczególniej zaś dział terapji fizykalnej i d) wykłady teoretyczne, dotyczące spraw szczególnie ważnych z zakresu patologji ogólnej. Całą tę sprawę należałoby przekazać specjalnym komisjom naukowym w szpitalach poszczególnych, z których dopiero wyłoniłby się komitet naukowy międzyszpitalny.

Z tych systematycznych wykładów w szpitalach mogłyby się w następstwie wyłonić dwie sprawy, które już u nas poruszano, a mianowicie: 1) ukonstytuowanie się towarzystwa wykładów dla lekarzy i 2) ustalenie stosunku ściślejszego między szpitalami a uniwersytetem. Ta ostatnia sprawa jest we Francji oddawna rozstrzygnięta.

Trzecią kwestją, która pozostaje również w zaniedbaniu, jest sprawa wydawnictw szpitalnych. Dopiero w latach ostatnich zaczęto dbać u nas o drukowanie sprawozdań

z posiedzeń naukowych szpitalnych. W niektórych szpitalach (jak np. w szpitalu Dzieciątka Jezus) zaczęto wydawać roczniki, zawierające sprawozdania z tych posiedzeń. Jakkolwiek pierwsze te kroki należy powitać z wielkiem uznaniem, są one jednak niewystarczające. Jest rzeczą zrozumiałą, że nie możemy się kusić o tak wysoki poziom wydawnictw, jaki napotykamy np. w *Charité-Annalen* lub w biuletynach z *John Hopkins Hospital* i in., cieszących się sławą i rozpowszechnieniem wszechświatowem. Wydawnictwa takie winny jednak być odbiciem i obrazem życia naukowego danego szpitala. Należy w nich uwzględnić również prace oryginalne. Szczególniejszą uwagę należałoby zwrócić na dział statystyki chorób, oświetlony z punktu widzenia epidemjologicznego i społecznego. Tutaj też mogłyby być umieszczane prace, oparte na dużym materjale szpitalnym z zakresu diagnostyki lub lecznictwa i t. d.

Wreszcie należałoby pomyśleć o tworzeniu w szpitalach muzeów patologicznych (preparatów anatomicznych, fotografji chorych, röntgenogramów i in.). Muzea te ułatwiłyby znakomicie pracę naukową i wykładową w szpitalach.

Tę wiązankę myśli polecam uwadze kolegów i władz szpitalnych, pragnąc usłyszeć ich zdanie o tej tak ważnej i istotnej dla nas kwestji. Nie brakło u nas nigdy lekarzy, którymby nie przyświecał, nawet w czasach najcięższych, wzniosły cel dbania o rozwój nauki ojczystej. W chwili budzenia się Polski do nowego życia, myśl ta winna znaleźć tem czujniejszą opiekę i o wiele znakomitszy rozwój.

W sprawie racjonalnej rozbudowy Szpitala Starozakonnych

podał

J. Szwajcer,
lekarz naczelny szpitala

W 1919 r. naczelnik Wydziału Szpitalnictwa dr. Męczkowski zwrócił się do szpitali o opracowanie wykazu tych robót budowlanych, które dla doprowadzenia szpitali do stanu,

odpowiadającego współczesnym wymaganiom, są niezbędne. A więc na plan pierwszy wysunęła się wówczas, z jednej strony, sprawa nowych budynków dla służby, pawilonów dla chorych, nowych domów gospodarczych wzgl. poszerzenia już istniejących, a z drugiej i sprawa ewentualnego powiększenia terytorjum szpitalnego, co szczególnie w szpitalu na Czystem stało się kwestją pierwszorzędnej wagi, bo najżywotniejszą dla normalnego dalszego rozwoju jego. To też pragnąłbym w zarysie zaznajomić szersze grono kolegów, w jakim stanie sprawa rozbudowy Szpitala Staroz. w chwili obecnej się znajduje i w jakim kierunku według zdania mego iść ona powinna [1]). Przedewszystkiem więc zaznaczyć należy, że Szpital Staroz. był w swoim czasie planowany na 550 łóżek, co na terytorjum o 67000 m. kw. stanowi 122 m. kw. na chorego; — obecnie, po wybudowaniu (1913 r.) nowego pawilonu dziewiątego — dla chorych nerwowych z oddz. terapji fizykalnej oraz w związku z powiększeniem etatu, liczba łóżek dochodzi do 876, co daje na jedno łóżko już zaledwie tylko 78 m. kw. O dalszem więc rozszerzaniu szpitala na terytorjum dotychczasowem mowy już być nie może, albowiem za minimum wymaganej przestrzeni w szpitalach na chorego winno być uznane sto metr. kw. To też ze wskazaniem potrzeby rozszerzenia terytorjum szpitalnego oraz konieczności nabycia w tym celu placów sąsiednich, Szpital zwracał się już niejednokrotnie do do właściwych władz kierowniczych, a również i do Gminy Starozakonnych, lecz, jak dotąd, bez wyniku pomyślnego.

A tymczasem pamiętać szczególnie właśnie trzeba, że plac pusty od strony północnej szpitala, przy ul. Dworskiej położony, o 58.000 łokciach kw., w razie gęstego bez planu zabudowania, zasłoni niewątpliwie cały nowowzniesiony (1921 r.) największy obecnie w szpitalu pawilon chirurgiczny wraz ze zwróconemi celowo ku stronie północnej, ku Dworskiej właśnie ulicy, salami operacyjnemi; Szpital byłby wówczas w wysoce niekorzystnem pod wielu względami położeniu i bez wyjścia naturalnego dla swej rozbudowy. Nabycie więc tego placu obecnie, gdy jeszcze odłogiem leży, ze względów wyżej po-

---

[1]) Przedmiot, omawiany niżej, był właśnie treścią mej odpowiedzi oficjalnej na memorjał Wydziału Szpitalnictwa w 1919 r.

danych oraz w związku z omawianym niżej projektem ogólnym budowlanym dla Szpitala, jest bezwzględnie wskazane. Podkreślić jeszcze trzeba, że jest to jedyny plac w sąsiedztwie najbliższem, który dla dojrzałych potrzeb Szpitala może być z korzyścią prawdziwą zużytkowany [1]). Przechodząc do omówienia projektu niezbędnych w dobie obecnej robót budowlanych, z których niektóre już rozpoczęto, a niektóre są na ukończeniu, zaznaczę, że nie wiąże się on bynajmniej z niewątpliwą potrzebą powiększenia liczby łóżek, bo już dzisiaj budynki takie, jak kuchnia, pralnia, składnice rzeczy i produktów i w. inn. nie wystarczają dla potrzeb bieżących, dla obecnej liczby łóżek. To też mówiąc o rozbudowie Szpitala, należy mieć przedewszystkiem na uwadze potrzebę lepszego, najbardziej racjonalnego, rozmieszczenia poszczególnych kategorji chorych na terytorjum szpitala, następnie te główne ulepszenia, które dotyczą ubikacji w dziale administracyjnym i gospodarczym jego. Pod tym względem na plan pierwszy wysuwa się sprawa nowego domu administracyjnego; przeróbki starego i przybudówki nic tu nie pomogą. Kancelarję, izby do przyjęć chorych, przybyłych z miasta, poczekalnie dla ich krewnych, interesantów, należy bezwzględnie usunąć z gmachu, mieszczącego się obecnie wgłębi terytorjum szpitalnego, a natomiast przenieść je do nowego gmachu, na planie przednim szpitala zbudowanego, właśnie na tym placu od ulicy Dworskiej, o którym wyżej była mowa. Dla ładu, spokoju w szpitalu, dla zupełnego odosobnienia jego od ulicy, jest to conditio sine qua non. Przy budowie nowego gmachu administracyjnego należy uwzględnić, by miał z ulicy wejście oddzielne dla chorych, lekarzy i publiczności, aby mieścił w sobie obszerną poczekalnię, sortownię z boksami, celkami, kilka, a nie jeden, jak obecnie, gabinetów do badania przybyłych chorych, wanny, kamerę dezynsekcyjną i inne. Następnie gmach ten musi mieścić pokoje na kancelarję szpitalną i administracyjną, a także, co uważam za bardzo ważne, pomieszczenie na przychodnię szpitalną, — gdy bowiem działalność ambulatorjum pozostawać będzie stale w kontakcie bezpośrednim z przyjęciem chorych

---

[1]) Sprawa pozyskania placu od ul. Dworskiej drogą wywłaszczenia jest obecnie w toku i na dobrej zdaje się drodze.

do szpitala, ułatwi to należyty wybór oraz klasyfikację chorych do leczenia szpitalnego.

Drugim nowym, tak niezbędnym budynkiem, którego brak we wszystkich prawie szpitalach naszych, prócz Karola i Marji, staje się pawilon obserwacyjny, by rozpraszani mimowoli, w okresie wylęgania choroby zakaźnej, po różnych oddziałach chorzy nie zarażali innych, personelu lekarskiego i pomocniczego. Sprawa specjalnego pawilonu obserwacyjnego w szpitalu powszechnym w dobie dziejowej, którą przeżywamy, szczególnie dojrzałą się okazuje, pomyślne jej rozwiązanie jest rzeczą pierwszorzędnej wagi, jako niezbędny bezwzględnie środek zapobiegawczy. Najodpowiedniejszym typem domu obserwacyjnego byłby pomyślany przez inż. Melcera — bo składający się z oddzielnych salek z przedsionkami, z zewnętrznem zupełnie odosobnionem wejściem dla każdego wprowadzanego do pawilonu chorego; pawilon na 30 chorych byłby dla szpitala naszego wystarczający. Korzyści, które oddział taki daje w walce z chorobami zakaźnemi, byłyby dla pracy produkcyjnej lekarskiej bardzo duże; koszt większy budowy tego rodzaju pawilonu obserwacyjnego nie powinien niweczyć reformy tak ważnej pod względem profilaktycznym. Na placu, o którym mowa była wyżej, stanąć winen też dom mieszkalny dla lekarza naczelnego i lekarzy internów. Zmuszanie personelu lekarskiego do mieszkania, jak obecnie, w gmachu, w którym mieszczą się rozmaite ubikacje dla chorych, jest rzeczą niedopuszczalną. Ujemną stroną szpitala naszego, szkodliwą, jak się okazało, nie tylko ze względu na szczupłe terytorjum jego, lecz i ze względu bardziej być może jeszcze na samych chorych, stanowi istniejący dotąd na terenie szpitala oddział dla chorych obłąkanych; jest to anomalja w szpitalu powszechnym dawno wszędzie już usunięta. Zarówno braki zasadnicze w budowie oddziału dla obłąkanych, jak i niemożność stworzenia w szpitalu powszechnym warunków życia, odpowiednich dla umysłowo chorych, w odosobnieniu zupełnem od pozostałych, zmusza do podkreślenia potrzeby radykalnej reformy pod tym względem, a mianowicie zupełnego usunięcia w chwili odpowiedniej tego działu leczniczego ze Szpitala. Kwestja prawna, związana z powstaniem tego pawilonu z legatu prywatnego, mogła by być polubownie załatwiona. Z chwilą

urzeczywistnienia zamierzonego wybudowania zakładu ogólnego dla obłąkanych lub też oddzielnego dla Żydów, pawilon ósmy mógłby być przeznaczony specjalnie dla dzieci i dorosłych, chorych na cierpienia weneryczne. Chorych zaś skórnych, których obcowanie przymusowe z wenerycznymi jest tak szkodliwym zdawna zakorzenionym anachronizmem szpitalnym, możnaby wtedy wreszcie było odosobnić w pawilonie oddzielnym, specjalnym. Pilną sprawą, niezmiernej wagi, uznaną w zasadzie już 2 lata temu przez kierownicze władze szpitalne, stała się bezwzględna potrzeba powiększenia pawilonu chirurgicznego przez nadbudowę 2 i 3 pietra, by w połączeniu z dwu bocznemi wydłużonemi skrzydłami pawilonu stworzyć jeden gmach dla oddziału chirurgicznego. Myśl ta, dzięki poparciu władz miejskich, wkrótce, bo już w 1922 r. będzie w całości urzeczywistniona. Dotąd 3 ordynatorów korzystało z dwu sal operacyjnych aseptycznych; zmuszało to chorych do wyczekiwania niekiedy zbyt długo, ze szkodą dla ich zdrowia, na operacje, narażało szpital i chorych na straty materjalne. Rozbudowa pawilonu chirurgicznego da możność stworzenia w nim szeregu współczesnych urządzeń, niezbędnych dla najbardziej produkcyjnej, korzystnej dla chorych pracy chirurga — tak więc przedewszystkiem stacji centralnej sterylizacyjnej, trzech sal nowych operacyjnych aseptycynych na trzeciem piętrze ze światłem górnem, z pokojami dla gabinetów lekarskich, do znieczulania i n. inn. Pozatem rozbudowa pawilonu chirurgicznego pozwoli stworzyć sale dla opatrunków gipsowych, dla rentgenodiagnostyki przedoperacyjnej, wzgl. i rentgenoterapji, da możność przeprowadzenia należytego podziału chorych — odosobnienia świeżo operowanych od ropnych, od cierpiących na zaburżenia dróg moczowych itd.; wreszcie na górnem piętrze, prócz sal dla potrzeb naukowych odziału, pozwoli stworzyć werandy dla kąpieli słonecznych i powietrznych.

Rozszerzający się niezwykle szybko zakres stosowania terapji promieniami R. oraz niezwykły rozwój techniki tej gałęzi wiedzy lekarskiej — nie są w dostatecznym stopniu uwzględnione w naszym szpitalu. Przeszkadzało temu przedewszystkiem brzemię wojny światowej, odcięcie od Zachodu, nadmierny koszt aparatów, a i trudności ich nabycia i spro-

wadzenia. By uzupełnić jaskrawe braki tego działu leczniczego, trzeba stworzyć specjalny oddział rentgenologiczny dla potrzeb całego szpitala. Dla wykonania tego brak w gmachach istniejących Szpitala odpowiedniego miejsca, lecz należy je stworzyć bezwzględnie, by cztery rozrzucone obecnie w różnych pawilonach stacje rentgenoterapeutyczne zjednoczyć pod jednym kierunkiem i w jednym gmachu. Najodpowiedniejszem byłoby, sądzę, w razie wybudowania nowego gmachu administracyjnego, urządzić oddział rentgenologiczny w obecnym domu administracyjnym; możnaby go odpowiednio dla tego celu przerobić. Tam też należałoby założyć pracownię ortopedyczną, wzgl. i salę dla specjalnej gimnastyki ortopedycznej. Racjonalne leczenie ortopedyczne po zabiegach chirurgicznych jest, jak wiadomo, tak często warunkiem niezbędnym dla powrotu do zdrowia zupełnego, że brak działu ortopedycznego w szpitalu naszym staje się coraz bardziej najistotniejszą jego niedomogą. Sprawa ta jest szczególnie aktualna dzisiaj, gdy liczne rzesze kalek inwalidów zwracają się do szpitali o pomoc chirurgiczną, ortopedyczną. Urządzenie tego działu w pawilonie IX, gdzie mieści się już na parterze oddział terapji fizykalnej, byłoby najsłuszniejsze, lecz jest z powodu braku miejsca niewykonalne. Jak już wyżej zaznaczono kuchnia mała, pralnia ciasna nieodpowiadają potrzebom najskromniejszym szpitala — największy z kotłów dla zup mieści 240 litrów, co już dzisiaj dla 900 mn. więcej chorych jest zupełnie niedostateczne. Pozatem brak tu zupełnie odpowiedniej wentylacji, wyciągów; przy kuchni niema odpowiedniej spiżarni, magazynów prowiantowych, chłodni, wytwórni lodu sztucznego, a nadewszystko miejsca dla wypieku sposobem własnym, gospodarczym pieczywa. Wszystko to hamuje należyty rozwój samodzielny gospodarki szpitalnej, a w dobie obecnej przełomowej szczególnie właśnie odczuwać się daje. Wśród spraw, niemniej pilnych pod względem gospodarczym, wysuwa się na plan przedni także brak odpowiednio urządzonego składu na rzeczy chorych; obecny jest ohydnym, ciasnym kątem bez światła, przewiewu powietrza; utrudnia to ład, kontrolę, narażać może i na zepsucie cenniejsze rzeczy chorych. Skład taki powinien być w bezpośredniej łączności z kamerą de-

zynfekcyjną, a wiąże się to również ze sprawą racjonalnej dalszej rozbudowy Szpitala w czasie najbliższym.

Słów jeszcze kilka chciałbym powiedzieć o systemie ogrzewania w Szpitalu; tworzy je, jak wiadomo, popierwsze ogrzewanie centralne parowe w ośmiu poszczególnych pawilonach, następnie centralne wodne w IX pawilonie, wreszcie ogrzewanie za pomocą zwykłych pieców kaflowych w I pawilonie, przychodni szpitalnej, domu administracyjnym i służbowym. Decentralizacja urządzeń do ogrzewania, rozsianych po całem terytorjum szpitala, w dziewięciu stacjach z oddzielnemi kotłami i aparatami pomocniczemi, pochłania ogromną ilość paliwa, mnoży do 20 liczbę obsługi specjalnej. Należy, sądzę, poważnie pomyśleć — gdy sprawy budowlane, o których mowa była wyżej, zupełnie dojrzeją, — o zcentralizowaniu całego ogrzewania w jednem miejscu, w jednej stacji, ze zmianą wszędzie na jednakowe ogrzewanie wodne; jest ono i pod względem wykonania technicznego dziś właśnie wskazane i najbardziej możliwe do przeprowadzenia.

Oto garść myśli o potrzebach szpitala naszego. Niektóre, jak nadbudowa i powiększenie pawilonu chirurgicznego, zostały szybko wzięte pod uwagę przez władze kierownicze szpitalne i w miarę możności już urzeczywistniane. Dodać jeszcze należy, że w toku dojrzewania planów dalszego rozwoju Szpitala wyłoniła się na posiedzeniach komisji gospodarczej, jako bardzo ważna, sprawa nadbudowy piętra nad VII, III i IV-ym pawilonem, by zwiększyć liczbę łóżek wewnętrznych o 50, dla położnic o 50 i by odosobnić na oddz. IV chore dzieci od dorosłych chorych skórnych. Odpowiednie roboty budowlane nad VII-ym wewnętrznym i III-im ginekolog. rozpoczęto w szybkim tempie już w lecie r. p., by je na wiosnę roku bież. zakończyć. Zaznaczyć jednak trzeba, że myśl przeniesienia oddziału położniczego z pawilonu I-go do powiększonego przez nadbudowę piętra III-go ginekologicznego nie jest zupełnie bez zarzutu. Urzeczywistniając ją, zmuszamy dużą liczbę ginekologicznych chorych i ocznych, względnie najspokojniejszych, do przebywania w gmachu, gdzie z powodu trwania porodów, trudno będzie o należyty spokój, konieczny dla chorych szpitalnych. Na zakończenie dodam wreszcie, że do anomalji niezwykłych należy istniejący dotąd

w szpitalu naszym, a więc w jednym z najruchliwszych i największych szpitali powszechnych, na wspólnym terenie szpitalnym, pawilon dla chorych zakaźnych, w sąsiedztwie tak blizkim z oddz. wewnętrznym i nerwowym. Zarówno wady techniczne w budowie pawilonu dla zakaźnych chorych, jak i niedające się usunąć obcowanie na każdym kroku służby oddz. zakaźnego ze służbą pozostałych oddziałów, lekarzami oraz publicznością, w ogromnej liczbie krążącej wciąż z miasta do Szpitala i odwrotnie, czynią potrzebę zwinięcia tego oddziału w szpitalu sprawą aktualną. Wykonać je trzeba będzie bezwzględnie i najspieszniej, gdy z chwilą wybudowania projektowanego specjalnego szpitala dla chorych zakaźnych, wstąpimy u nas i w tej dziedzinie medycyny na najbardziej właściwą drogę profilaktyki racjonalnej w walce z chorobami zakaźnemi.

O skurczu rozciągowym mięśni przeciwniczych

(Streszczenie odczytu, wygłoszonego w 1921 r. na szpitalnem posiedzeniu naukowem)

podał

S. Goldflam.

Gdy u zdrowego usiłujemy zahamować wykonanie ruchu zamierzonego w pewnym odcinku kończyny i nagle przerwiemy stosowanie oporu, to ruch ten, zanim przerwie zupełnej ulegnie, trwa chwilę jeszcze w kierunku zamierzonym, przyczem w momencie końcowym jego ujawnia się uderzenie wsteczne kończyny, już jako wyraz działania mięśni-antagonistów; jest ono zaledwie dostrzegalne, bo słabe, w k. k. g., natomiast bardziej wyraźne w k. k. d., gdzie wymiar ruchów jest wogóle obszerniejszy. Zdaje się, że w zjawisku tem istotę rzeczy stanowi nietyle to uderzenie—odchylenie wsteczne odcinka kończyny, ile raczej sama przerwa ruchu zamierzonego po dłuższej lub krótszej chwili trwania rozpędu jego. Poniżej wyjaśni się, dlaczego zalecamy tymczasowo normalne zjawisko to nazwać skurczem rozciągowym mięśni przeciwniczych.

W stanach patologicznych ulegać on może zboczeniu w dwu kierunkach. Bo oto skurcz mięśni-antagonistów, a więc

i samo wstrzymanie ruchu zamierzonego, nastąpić może w tem doświadczeniu szybciej i mocniej niż normalnie, natychmiast po usunięciu oporu — wtedy mamy wzmożenie objawu normalnego. Gdy zaś ruch zamierzony przeciąga się, kończyna trwa w ruchu zakreślonym dłużej niż normalnie, a nawet w niehamowanym ruchu rozpędowym dosięgnie granicy pełnej sprawności anatomicznej danego stawu, co znów zależnem jest od wiotkiego, nazbyt słabego lub opóźnionego,—niekiedy nawet od utraty skurczu mięśni przeciwniczych, to wtedy mamy osłabienie lub też brak wogóle zupełny wskazanego wyżej objawu normalnego. Stewart Holmes [1]) wykrył brak objawu tego, obok bezładu, w mięśniach atonicznych kończyn po stronie zachorzenia móżdżku. Babiński [2]) sądzi, że rozbieżne ruchy (dysmetryczne) chorych móżdżkowych zależne są od braku wpływu hamującego, właściwego działaniu normalnemu mięśni przeciwniczych.

Myśmy spostrzegali osłabienie znaczne, a nawet i brak skurczu rozciągowego mięśni przeciwniczych, przedewszystkiem w tych stanach patologicznych, dla których — jak w myastenji, pląsawicy lub wiądzie rdzenia w okresie bezładu — hypotonja jest cechą kliniczną przodującą. Szczególnie jednak podkreślić chcemy, że spostrzegaliśmy osłabienie zjawiska tego również i w cierpieniach dróg piramidowych, gdy obok objawów kurczowych występowały bezwład lub tylko niedowład. Próba odnośna udaje się najlepiej, gdy ją wykonać w ułożeniu brzusznem chorego, na stawie kolanowym. Wtedy widać, jak w chwili przerwy nagłej oporu, przeciwstawianego ruchowi zamierzonemu naprz. rozgięciu kolana, podudzie w ruchu rozpędowym, niehamowanym przez skurcz mięśni - antagonistów, zbliżyć się może nawet aż do posłania, na którem próba się odbywa. W zjawisku tem ujawnia się też, co należy uwzględnić, normalna przewaga czynności mięśni prostujących nad działaniem zginaczy [3]). Szczególnie jaskrawo występuje różnica między normalnym stanem objawu tego a osłabieniem jego przy dwustronnem badaniu porównawczem chorych z niedowładem połowiczym.

---

[1]) Patrz podręcznik Oppenheima str. 1382

[2]) Rev. neur. 1920 № 6

[3]) Encephale 1909. Ref. Neurol. Central. 1909 str. 1222

Jeszcze jednak większe odchylenie od normy stanowi zachowanie się skurczu rozciągowego mięśni przeciwniczych, gdy czynimy próby odpowiednie nad hypertonicznemi mięśniami chorych z zespołem objawów Parkinsona, w przebiegu nagminnego zapalenia mózgu. Jak się okazuje, w przypadkach tych skurcz mięśni-antagonistów jest w wysokim stopniu wzmożony. Dyleff już w 1909 r., badając chorych z drżączką porażenną, spostrzegła zjawisko następujące: gdy nagle przerywała opór, przeciwstawiany zamierzonemu ruchowi energicznemu chorego — naprz. usiłowaniu zgięcia stawu łokciowego, — to nie bacząc na usunięcie nagłe przeszkody, ruch zamierzony nie trwał bynajmniej, lecz, przeciwnie, przedramię albo zatrzymywało się w miejscu odrazu, jakby zastygało w bezruchu, albo też ulegało zaledwie minimalnemu pod względem wymiarn przesunięciu. Dyleff nie daje wytłomaczenia tego zjawiska, a niewątpliwie było ono również objawem wzmożenia omawianego przez nas skurczu mięśni - antagonistów.

Epidemja zapalenia mózgowia, która tak niezwykle rozrosła się w 1920 r., dostarczyła, jak wiadomo, bardzo wielu chorych z zespołem objawów Parkinsona, a więc nadających się do badania stanu skurczu rozciągowego mięsni-antagonistów. Babiński i Jarkowski [1]) opisują właśnie chorego takiego o napięciu mięśni bardzo znacznem; gdy mu polecono opierać się silnie wykonaniu zamierzonego ruchu biernego, to w chwil umyślnego zwolnienienia tego ruchu, by umożliwić jeszcze małe przesunięcie danego odcinka kończyny, występował przeciwnie nagle skurcz mięśni przeciwniczych. Zjawisko to wymienieni badacze nazywają odczynem mięśni - antagonistów, lecz nie wypowiadają się ostatecznie o istocie jego mechanizmu.

Myśmy spostrzegali wzmożenie tego zjawiska szczególnego, a mianowicie wczesne wystąpienie silnego skurczu mięśni przeciwniczych, nie we wszystkich badanych przez nasi licznych przypadkach zespołu Parkinsona w przebiegu *Encephalitis lethargica.* Stopień napięćia, wyrazistość objawu tego, były zawsze w stosunku prostym do stopnia rozwoju sztywności mięśni; nie brak go było jednak w przypadkach

---

[1]) l. c.

o hypertonji słabo zaznaczonej. Ponieważ sztywność występuje we wszystkich prawie grupach mięśniowych, to też można dowolnie wybierać dla prób stawy poszczególne i ten lub inny kierunek ich ruchu. Szczególnie nadają się do ćwiczeń próbnych, w celu najjaskrawszego uwydatnienia objawu tego, badania nad ruchami karku, wzgl. głowy oraz stawów bliższych tułowia. Niekiedy znów, gdy wzmożeniu napięcia mięśniowego ulega jedna kończyna tylko lub też połowa ciała, do prób nadają się tylko hypertoniczne odcinki ciała. Najbardziej oczywiste były wyniki badań w próbach wtedy, gdy stosowaliśmy nagłe i zupełne przerywanie oporu, a nietylko zwalnianie jego. Jak widać z piśmiennictwa posługiwano się dotąd najchętniej stawem łokciowym, wydaje się nam jednak, że stawy bliższe tułowia nadają się może bardziej jeszcze. Tak więc, gdy usunąć nagle opór, którym hamuje się nprz. ruch zamierzony do lub odprowadzający w stawie barkowym, to wtedy ramię albo zaraz staje w miejscu, w bezruchu, albo też po przesunięciu minimalnem jeszcze w kierunku ruchu zamierzonego, lecz już bez objawu uderzenia wstecznego. Dzieje się tak dlatego, że wszystkie mięśnie przeciwnicze—jak *pector. maj.*, *teres maj.*, wzgl. *m. deltoideus*, natychmiast, a łatwo to wyczuć i zauważyć, ulegają skurczowi. To samo spostrzega się przy badaniu w tym względzie stawu biodrowego i kolanowego; tutaj również wymiary ruchów są niewydatne. Bardzo poglądowo występuje także zjawisko to, gdy przy próbach z pochylaniem i odchylaniem głowy nagle przerwać opór, stawiany tym ruchom, wtedy głowa w bezruchu staje sztywno. Jeszcze bardziej ujawniają to próbne ruchy obrotowe głowy; jeżeli bowiem nagle usunąć opór ręki, którą hamujemy zamierzony ruch głowy w stronę prawą, to natychmiast ujawnia się skurcz mięśni przeciwniczych w rozluźnionym prawym mięśniu sutkomostowym— zamierzony ruch boczny głowy ustaje wtedy odrazu. O zjawiskach patologicznych, spostrzeganych przy wykonywaniu ruchów dowolnych bez oporu u chorych z zespołem objawów Parkinsona w przebiegu *Enc. leth.*, będzie mowa na miejscu innem.

A teraz zastanówmy się nad istotą mechanizmu tego zjawiska szczególnego w warunkach normalnych. Jak już zaznaczono wyżej, po przerwaniu nagłem oporu, hamującego wykonanie ruchu zaleconego, dowolnego, trwa on jeszcze chwilę

w zamierzonym kierunku, lecz oto przerywa się, ustaje. przyczem w momencie końcowym występuje odchylenie, uderzenie wsteczne kończyny w odcinku badanym. Dzieje się to tak niewątpliwie pod wpływem skurczu mięśni-antagonistów, których działanie w tym momencie właśnie ujawniać się już zaczyna. Jakie są jednak przyczyny owego skurczu mięśni antagonistów? Według prawa Sherringtona o wzajemnym skurczu hamującym mięśni przeciwniczych podniety nerwowe dla mięśni - agonistów powodują jednocześnie zwolnienie napięcia mięsni przeciwniczych, antagonistów. Większość autorów sądzi jednak, że przy ruchach dowolnych działaniu podniety nerwowej ulegają zarówno włókna mięśni-agonistów, jak i mięśnie przeciwnicze, a więc włókna ich antagonistów, lecz nie w jednakowym stopniu. By ruch zamierzony mógł być wykonany, niezbędnym jest jednocześnie pewien stopień zwolnienia napięcia mięśni przeciwniczych [1]). Strümpell [2]) twierdzi, że wykonanie każdego ruchu dowolnego wyprzedza pewne osłabienie napięcia myostatycznego w stawie danego odcinka kończyny, a to w tym celu, by ruch zamierzony mógł się ujawnić swobodnie, bez zahamowania i w należytym wymiarze. Inni badacze [3]) rozróżniają jeszcze dynamiczny skurcz—jako wynik siły parcia i statyczny skurcz, — wynik działania siły oporu, przyczem pierwsza jest jakoby słabsza. A tłomaczy się to przypuszczalnie tem, że gdy podczas skurczu dynamicznego ulegają mu i mięśnie przeciwnicze, to odwrotnie w momencie skurczu statycznego przechodzą one przeciwnie w stan rozkurczu. Babiński i Jarkowski sądzą, że odczyn mięśni przeciwniczych należałoby traktować jako wynik skurczu dynamicznego, w czasie którego skurczowi ulegają także i mięśnie przeciwnicze. Nie udało nam się jednak, nie bacząc na usiłowania, czynione w tym względzie, ujawnić zjawiska współkurczu mięśni-antagonistów podczas prób z siłą parcia ani też osłabienia ich, rozluźnienia podczas prób z działaniem siły oporu. Natomiast widzieliśmy, że podczas ruchów pewnych, nprz. zginania stawu łokciowego, mięsień trójgłowy również

---

[1]) Lewy D. Z. f. N. 70 H 1—23.
[2]) N. C. 1920 N 1.
[3]) Souques R. N. 1920 N 4.

się napina, niezależnie od tego, czy stawiano opór ruchowi temu, czy też nie; tylko rzadko spostrzegaliśmy pewne osłabienie skurczu mięśni-antagonistów przy próbach ze stosowaniem siły oporu. Gdy w ułożeniu brzusznem badanego, ze zgiętem pod kątem prostym kolanem, stawić opór wykonaniu dowolnego ruchu wyprostnego, to wnet ujawnia się i napięcie czynne mięśni-antagonistów — zginaczy. Udział mięśni-antagonistów niezawsze występuje o sile jednakowej; mniej zaznaczonym jest on nprz. podczas rozginania stawu łokciowego, lecz o tem będzie jeszcze mowa na innem miejscu.

Analizując istotę mechanizmu zjawiska omawianego wyżej, trzeba wziąć pod uwagę, że gdy, z jednej strony, w chwili nagłego przerwania oporu ujawnia się natychmiast raptowny skurcz mięśni czynnych — agonistów, to z drugiej strony, pociąga on właśnie za sobą zaraz również i szybkie napięcie mięśni przeciwniczych-antagonistów, działające jako podnieta dla wywołania ich skurczu. A już od energji i szybkości, z jaką skurcz mięśni-agonistów występuje, od stopnia pobudliwości mięśni antagonistów oraz stanu ich napięcia zależy, jak szybko i o jakiej sile cały mechanizm omawianego objawu w ruch wprowadzony zostaje.

Gdy skurcz mięśni - agonistów jest niedość szybki, silny, to odpowiednio do tego napięcie mięśni przeciwniczych jest słabe, zwolnione, leniwe. Objaw takiego leniwego odczynu mięśni - antagonistów, a nawet i utraty stopniowej jego, spostrzegamy w cierpieniach z atonją mięśniową, jak wiąd, pląsawica, myastenja, choroby móżdżku, a rzecz szczególna, co podkreśliliśmy już wyżej, i w stanach spastycznych u chorych z cierpieniem dróg piramidowych. Inaczej zupełnie rzecz się przedstawia w cierpieniach o nadmiernem napięciu mięśni, gdy już wystarcza nieznaczna podnieta, małe szarpnięcie, by szybki skurcz mięśni - antagonistów wywołać. Pierwowzorem dla badań w tym względzie służyć może zespół Parkinsona w przebiegu *Enc. lethargica*. Cechuje go, jak wiadomo, niezwykły stan kurczowy mięśni, który czyni właśnie odczyn mięśni przeciwniczych szybkim i silnym. Jeżeli słusznem jest nasze tłomaczenie, to mamy tu do czynienia ze zjawiskiem zbliżonem, a nawet równoznacznem ze spostrze-

ganem w skurczu paradoksalnym [1]), z tą jednak różnicą, że podnietą tutaj staje się nie ruch dowolny, lecz, jak nam się zdaje, sprężystość rozciągniętego mięśnia. Oba objawy spostrzega się istotnie równolegle. Gdzie wykryć się daje skurcz paradoksalny, tam też ujawnia się wzmożenie skurczu rozciągowego mięśni przeciwniczych — jak nprz. w stanach o wzmożonem napięciu mięśni lub, jak określa Strümpell, w „sztywności myostatycznej" zespołu Parkinsona. Obu tych objawów natomiast albo brak zupełnie lub są one znacznie osłabione w stanach kurczowych mięśni o sztywności odruchowej, a więc w cierpieniach dróg piramidowych. To też podłoże mechanizmu fizjologicznego obu objawów tych musi przypuszczalnie być także jednakowe.

Pozatem istnieje jaskrawe przeciwieństwo między zachowaniem się skurczu paradoksalnego i rozciągowego mięśni antagonistów w cierpieniach dróg piramidowych, a stanem odruchów ścięgnowych. Gdy bowiem te są, jak wiadomo, niezwykle wzmożone, w cierpieniach pozapiramidowych z zespołem objawów Parkinsona, w przebiegu *Enceph. lethargica*, odruchy ścięgnowe są przeciwnie albo umiarkowane, a niekiedy choć i nieco żywsze, lecz nigdy patologicznie wzmożone.

Niektórzy fizjologowie, nprz. B. Pieron [2]), uważają skrócenie się mięśnia (nieodłączonego od ośrodka) po raptownem jego szarpnięciu, a odpowiada to poniekąd omawianemu tutaj przez nas zjawisku, za odruch rdzeniowy, jako rodzaj odruchu scięgnowego. Wprawdzie już w swej pracy następnej o przedmiocie tym Pieron [3]) ogranicza nieco swe orzeczenie pierwotne, gdy dodaje, że jest ono o tyle słuszne, o ile w grę nie wchodzi rola skurczu mięśni przeciwniczych. Jak wiadomo, Westphal

---

[1]) Skurczem paradoksalnym (o czem obszernie mowa będzie w artykule specjalnym w następnym numerze Kwartalnika) nazywa Westphal, jak wiadomo, zjawisko skurczu tonicznego, który występuje, gdy usiłujemy miejsca przyczepu mięśnia zbliżyć do siebie, np. skurcz toniczny w m. piszczelowym przednim, gdy się silnie napina ku górze stopę.

[2]) R. N. 1920 № 9

[3]) R. N. 1921 № 2

nie podzielał poglądu tych, którzy w objawach ścięgnowych widzieli zjawisko odruchowe, rdzeniowe. Badacz ten przypuszczał, że zjawisko to jest postacią skurczu samoistnego *(idiomusculär)*, jako wyraz zmiany w napięciu normalnem, któremu mięsień ulega pod wpływem wstrząsu, rozciągania, szarpnięcia. Pogląd taki podzielają jeszcze i teraz tak znakomici uczeni angielscy, jak Sherrington, Horsley, Gowers i inni. Większość jednak fizjologów i klinicystów uważa nadal objawy ścięgnowe za odruch rdzeniowy. Według Pieron'a [1]) mięsień podczas odruchu ścięgnowego ulega, z jednej strony, raptownemu a krótkiemu klonicznemu skurczowi, co jest wyrazem czynności odpowiedniej jego włókienek *(fibrille)* mięśniowych, a z drugiej, jako odbicie czynności sarkoplazmy jego — śródkomórkowej substancji międzywłókienkowej — występuje w nim jednocześnie i falisty, toniczny skurcz powolny i przedłużony.

E. Frank [2]) zrazu był zwolennikiem poglądu o samoistnem mięśniowem pochodzeniu objawów ścięgnowych. Zjawisko to ujmował jako bezpośrednie toniczne skrócenie mięśnia pod wpływem działania nań podniet rozciągowych, a objaw ścięgnowy uważał za pierwsze znamię wzmożenia napięcia mięśniowego. W jednej z następnych swych prac dodatkowych o przedmiocie tym E. Frank uzupełnia pogląd swój w sposób następujący. Wzmożenie normalnego napięcia mięśnia przez wstrząs ścięgna lub jego szarpnięcie nastąpić może na skutek dwu zjawisk: albo przez podnietę, działającą bezpośrednio na podłoże histologiczne napięcia, a mianowicie na sarkoplazmę, albo też przez podniety, drążące od ścięgna lub z mięśnia przez nerwy parasympatyczne dośrodkowo, by następnie w drodze zwrotnej, odśrodkowej, w rdzeniu, z istoty szarej rogu tylnego przeniknąć ku właściwym nerwom tonicznym.. Tak więc E. Frank uznaje również objawy ścięgnowe jako zjawisko odruchowe, rdzeniowe.

To też niewspółmierność — rozbieżność między zachowaniem się omawianych tutaj zjawisk, a odruchami ścięgnowemi w przypadkach cierpienia dróg piramidowych z jednej

---

[1]) L. c.
[2]) D. Z. f. N. 70

strony, a z drugiej—w zaburzeniach pozapiramidowych, wskazuje, że podłoże fizjologiczne tych objawów jest też odmienne. Jeżeli staniemy na stanowisku, że objawy ścięgnowe są wyrazem zjawiska odruchu rdzeniowego, to tłomaczenie takie nie nadaje się zupełnie dla skurczu paradoksalnego i rozciągowego mięśni przeciwniczych. Trzeba raczej uznać je za skurcze samoistne, które w mięśniu, o zachowanem napięciu, powstają pod wpływem bezpośredniej podniety mechanicznej. E. Frank [1]) sądzi, że skurcz samoistny (idiomuskularny) jest zupełnie niezależny od unerwienia czuciowego i ruchowego, wiąże się natomiast ze stanem napięcia danego mięśnia. By wywołać podrażnienie włókienek *(fibrillae)*, niezbędne są nietylko podniety odpowiednie dla nerwów ruchowych, lecz niemniej i zmiany w stanie napięcia mięśnia, wzgl. w podłożu materjalnem tego napięcia, w sarkoplazmie, gdzie włókienka mają swe siedlisko, a napięcie spoczywa w niej w stanie potencjalnym.

Zaznaczymy tutaj raz jeszcze, że podczas badania objawu paradoksalnego oraz skurczu rozciągowego mięśni-antagonistów w cierpieniach dróg piramidowych, zastanawiał nas niejednokrotnie leniwy, powolny skurcz mięśni przeciwniczych. W patologicznem zjawisku tem ujawnia się widocznie jedynie wpływ tonicznego współczynnika skurczu mięśnia.

Jak wiadomo, wzmożenie odruchów ścięgnowych jest powszechnie uznane jako wykładnik wzmożenia napięcia mięśniowego. Pogląd ten jednak ulega pewnemu ograniczeniu, gdy zważymy na przypadki nierzadkie bezwładu wiotkiego ze wzmożeniem odruchów ścięgnowych oraz na brak tych odruchów tam właśnie, gdzie trwa jeszcze napięcie mięśni. Jeżeli, według Pieron'a, ująć istotę odruchu ścięgnowego w całokształcie tego zjawiska, to niezależnem się ono wydaje zupełnie od istoty zjawiska napięcia. Jedynie przez współdziałanie czynnika uzupełniającego w skurczu mięśnia, a mianowicie przez element toniczny, odruch ścięgnowy staje się odbiciem napięcia. Od wzmagania się albo też przeciwnie zmniejszania tego elementu tonicznego, zależnym jest stopień

---

[1]) L. c.

hypotonji lub hypertonji danego mięśnia lub grupy mięśniowej. Doświadczenie codzienne poucza jednak, że istnieje niewątpliwie stosunek ścisłej zależności między stopniem napięcia mięśni a wzmożeniem odruchów ścięgnowych w cierpieniach dróg piramidowych. A ponieważ, jak wiadomo, w pozapalnym zespole Parkinsona nadmiernemu napięciu mięśni nie odpowiada wzmożenie patologiczne odruchów ścięgnowych, to mamy prawo sądzić, że napięcie mięśni w cierpieniach dróg piramidowych jest zjawiskiem innej kategorji, odmiennem być musi. To też Zingerle rozróżnia, z jednej strony, napięcie odruchowe, występujące podczas ruchów biernych, wzmożone właśnie w cierpieniach dróg piramidowych, a ściśle ze zjawiskiem odruchu ścięgnowego związane, a z drugiej—napięcie ciągłe, trwałe, zachowujące kształt (Heilbronner), które wzmaga się w *Paralysis agitans*, lecz bez odpowiedniego już wzmożenia odruchów ścięgnowych. Ta ostatnia postać napięcia odpowiada prawdopodobnie tej, którą Strümpell określa nazwą „*myostatischer Tonus*". Wzmożenie napięcia w pozapalnym zespole Parkinsona jest objawem tego drugiego rodzaju hypertonji. Podłożem anatomicznem tego cierpienia są prawdopodobnie zmiany w istocie wielkich jąder mózgu, zwł. w jądrze soczewkowatem. Gdy spostrzegamy wzmożenie omawianych wyżej objawów, to jest ono właśnie ściśle związane ze zjawiskiem wzmożenia napięcia—hypertonją; gdy natomiast stwierdza się osłabienie lub brak tych objawów, to znajduje się to przeciwnie w związku przyczynowym ze stanem napięcia odruchowego. W skurczu rozciągowym mięśni przeciwniczych oraz skurczu paradoksalnym [1]) posiadamy, zdaje się, dobry środek rozpoznawczy różniczkowy między zaburzeniami ruchowemi w cierpieniach dróg piramidowych, a chorobami, spowodowanemi przez zachorzenie układu pozapiramidowego.

Nie przeczę, że wywody nasze mają i słabe strony. Nazwę — skurcz rozciągowy mięśni przeciwniczych — dla omawianego wyżej objawu uważamy za prowizoryczną, chcieibyśmy jednak objąć nią także zjawisko skurczu paradoksalnego, którego nazwa nic nie określa.

---

[1]) O czem szczegółowo w numerze następnym.

Najserdeczniej na tem miejscu dziękuję kol. Flatauowi, na którego oddziale znalazłem obfity materjał uzupełniający dla swych spostrzeżeń klinicznych.

O Cholesterynemji

podał

Stanisław Klejn
ordynator oddziału wewnętrznego

Cholesteryna (Ch.) stanowi normalny składnik tkanek i pewnych płynów ustroju zwierzęcego. Największą zawartość Ch. wykazuje istota biała mózgu, łój skórny, żółć, żółtko jaja, ciałka nasienne, *corpus luteum* jajników, nadnercza i gruczoł krokowy.

W stanach patologicznych zawartość Ch. niektórych tkanek bywa nieraz wybitnie zwiększona. Tak np. skrobiowato zwyrodniałe nerki zawierają nieraz 20-krotnie większą ilość Ch. niż nerki normalne. To samo zdarza się w aorcie ateromatycznej. T. zw. Xanthoma, napotykane w żółtaczce i w cukrzycy, składa się wyłącznie prawie z komórek nacieczonych Ch. Fakt, że we wszystkich tych przypadkach, a także i w innych znajdujemy znaczne zwiększenie zawartości Ch. we krwi (hypercholesterynemia), zwrócił uwagę badaczy na związek tych 2 objawów.

Badania nad krwią wykazały, że normalnie litr surowicy zawiera 1,5 Ch. Badania szkoły Chauffard'a wykazały, że obecność Ch. we krwi oraz w pewnych płynach ustroju, jak np. w żółci, jest wytworem normalnej czynności pewnych gruczołów wewnętrznych, a mianowicie *corpus luteum* jajników i istoty korowej nadnerczy. Jest to t. zw. pochodzenie *endogenne* cholesterynemji. Pozatem Ch. dostaje się do krwi i drogą ekzogenną, a mianowicie drogą pokarmową. W 3—4 godz. po spożyciu pokarmu, obfitującego w tłuszcze (mleko, śmietana, masło, tłuszcze, mózg), zawartość Ch. we krwi podnosi się do 2,0 w litrze, a nawet i wyżej, przyczem surowica staje się mętnawo-mleczna. Stan ten szybko znika. Jeżeli jednak

pokarmy te są stale wprowadzane do ustroju w ilościach większych, powodują one stałe zwiększenie się zawartości Ch. w żółci, co, jak zobaczymy, nie pozostaje bez następstw dla ustroju.

Co się tyczy hypercholesterynemji endogennej, to ta zależeć może od rozmaitych stanów, zarówno fizjologicznych jak i patologicznych. Fizjologicznie wydatna hypercholesterynemja bywa w ciąży, szczególnie w 2-ej połowie, oraz w okresie porodowym, aż do końca 2-go miesiąca po rozwiązaniu. Z badań Chauffard'a i Hueck'a okazało się, że stan ten zależy od wzmożonej czynności nadnerczy i ciała żółtego jajników, obfitujących w tym okresie w Ch. Jakie to posiada następstwa, zobaczymy niżej.

Zaznaczyć należy, iż zapalenie nerek również przebiega z hypercholesterynemją, zależną od wzmożonej czynności nadnerczy, dążących za pomocą Ch. do zwalczania toksemji nerkowej.

Co się tyczy miażdżycy tętnic, które, jak to wyżej było powiedziane, wykazują znaczną zawartość Ch., to tu znajdujemy zawsze wyraźną hypercholesterynemję, związaną niewątpliwie ze wzmożoną czynnością nadnerczy, zawierających wtedy dużo cholesteryny. Okoliczność ta tłomaczy nam poniekąd, dlaczego adrenalina wywołuje u królików ateromatozę naczyń.

Z drugiej znów strony osłabienie czynności nadnerczy powoduje hypocholesterynemię; zdarza się to we wszystkich stanach zakaźnych. Rzecz ciekawa, że w tyfusie brzusznym, w końcu choroby, zjawia się wybitna hypercholesterynemja, jako wyraz pomyślnej walki ustroju z zakażeniem.

O ile badanie związku powyższych stanów chorobowych z czynnością gruczołów wewnętrznych i hypercholesterynemją nie doprowadziło jeszcze do wyników praktycznych i wymaga dalszej pracy, to inaczej ma się sprawa z cholesterynemją w cierpieniach wątroby i dróg żółciowych. Tu badania szkoły Chauffard'a, Aschoff'a i innych doprowadziły do wyników bardzo ważnych, mających znaczenie nietylko teoretyczne, ale i praktyczne.

W cierpieniach wątroby cholesterynemja bywa nieraz bardzo wydatna. Tyczy się to kamicy żółciowej oraz zapalenia dróg żółciowych, połączonego z żółtaczką. Tu zawartość

Ch. może dojść do 5.0 na litr, gdy w żółtaczce hemolitycznej w marskości wątroby i nowotworach wątroby bez zastoju żółci hypercholesterynemji niema.

Co się tyczy kamieni żółciowych, to okazało się, że teorja Nannyn'a, według której tworzenie się kamieni żółciowych zależne jest od zakażenia dróg żółciowych, nie może być zastosowana do wszystkich przypadków tego cierpienia, gdyż Ch. i barwniki żółciowe mogą wypadać z żółci i w braku stanu zakaźnego (Aschoff, Backmeister, Lichtwitz). Wogóle zawartość Ch. w żółci zależy przeważnie: 1) od składu pokarmów (tłuszcze), 2) od zastoiny żółci w pęcherzyku żółciowym lub zwiększonej wydzieliny żółci podczas trawienia, 3) od przyczyn mechanicznych, wpływających na opróżnienie pęcherzyka, 4) od fizykalno-chemicznych własności Ch. i 5) od zawartości cholesteryny we krwi.

Wobec tego, że hypercholesterynemja powstaje w ciąży i w okresie poporodowym, po tyfusie i przy diecie, obfitującej w tłuszcze, łatwo pojąć, że wszystkie te stany wraz z czynnikami mechanicznemi (ciąża, gorset, etc.) mogą grać dużą rolę w powstawaniu kamieni żółciowych, (fakt dotychczas znany, ale nie zupełnie dokładnie wytłomaczony). Obecność w tych stanach hypercholesterynemji powoduje zwiększenie zawartości Ch. w żółci; jeżeli tu dołączy się zastoina żółci, to Ch. poczyna wypadać z roztworu i staje się zalązkiem kamienia cholesterynowego czystego, albo też otoczonego w następstwie zakażeń barwnikami żółciowemi, solami i tworzącego t. zw. kamienie skombinowane Aschoff'a.

Badania, jakie przeprowadziłem nad osobnikami otyłymi, szczególnie kobietami, naprowadziły mnie na myśl, że może istnieć hypercholesterynemja ustrojowa. U pewnego szeregu (5) osobników tego rodzaju kilkakrotne badanie zawartości Ch. w surowicy (naczczo) dało wyniki, wahające się od 2.5 do 4.2, czyli, że mieliśmy tu do czynienia z hypercholesterynemją stałą, nie zewnątrzpochodną, lecz niewątpliwie wewnątrzpochodną. Od jakiego narządu objaw ten zależał, nie da się powiedzieć, powinno to być rzeczą dalszych poszukiwań. Nie ulega kwestji, że stan ten w związku z niektóremi powyżej podanemi przyczynami, bez ciąży i tyfusu, może być powodem powstawania kamicy żółciowej i być może i miażdżycy tętnic.

Pod względem praktycznym badanie cholosterynemji może dać cenne wskazówki profilaktyczno-dietetyczne. W przypadkach hypercholesterynemji wskazanem będzie unikanie pokarmów obfitujących w cholesterynę. Dotyczy to głównie przypadków kamicy żółciowej, ksantomatozy i ciąży. Czy postępowanie to wpłynąć może hamująco na rozwój miażdżycy tętnic, trudno powiedzieć—brak tu jeszcze ścisłych badań.

Określenie zawartości Ch. we krwi daje się z łatwością wykonać za pomocą metody Grigaut'a, do czego wystarcza już 2 ctm. sześć. surowicy. Opis metody znajdzie czytelnik w podręczniku moim p. t. Nauka o krwi w zastosowaniu do kliniki.

Lecznictwo szpitalne a terapia fizykalna

podał

Jul. Rotstadt.

Streszczenie odczytu, wygłoszonego w Szpitalu Starozak. w 1920 r. na posiedzeniu Sekcji Szpitalnej Warsz. Tow. Lek.

Przedmiot mojego odczytu, cel jego, to jedno z zagadnień dojrzałych medycyny społecznej, tej najważniejszej bodaj dzisiaj gałęzi wiedzy lekarskiej, bo uzdrowienie, odrodzenie, moc fizyczną państwa mającej na względzie. To też w przełomowej dobie dziejowej, gdy społeczeństwo pręży swe siły, mierzy je, gromadzi, usiłuje skupić w jedno potężne ognisko, by ster rządu nawy państwowej ująć w swe ręce obowiązkiem społecznym lekarzy, zwłaszcza lekarzy szpitalnych, pilnie baczyć na zdrowie publiczne.

Szpitalnictwo jest tym najważniejszym działem medycyny społecznej, którego braki należy uzupełniać, potrzeby jaskrawo uwypuklać, cechy ujemne organizacji usuwać, by poziom wiedzy i wykonywanie sztuki lekarskiej w tej dziedzinie medycyny praktycznej wznieść na szczebel najwyższy. Już w okresie przedwojennym, dzięki energji poszczególnych jednostek, usiłowano iść w tym kierunku, zdołano jednak wykonać zaledwie niewiele. Najżywotniejsza strona sprawy,

a mianowicie dzieło należytej ewolucji lecznictwa szpitalnego, jako zagadnienie powszechne szpitali, dotąd rozwiązane nie zostało i czeka wciąż jeszcze na wyzwolenie z niewoli szablonu. Sprawa ta zwłaszcza dzisiaj, gdy ewolucji demokratycznej współżycia ludzkiego jesteśmy świadkami, dosięga najwyższego stopnia napięcia.

A wojna, którąśmy przeżyli, a której skutki jeszcze dłużej przeżywać będziemy, zmniejszyła odporność organizmu ludzkiego w walce z chorobami, wzmogła rozwój szeregu najcięższych cierpień fizycznych, wśród których na plan pierwszy wysunęły się widma duru, gruźlicy, chorób kości, stawów, mięśni oraz związane z niemi charłactwo fizyczne. Dur, gruźlica, pokłosie wojenne, zdziesiątkowały pokolenie młode, a cierpienia stawów, kości, mięśni czynią z ludzi w sile wieku inwalidów, którzy stają się mimowoli ciężarem społeczeństwa, zmuszając młody organizm państwowy do obciążania skarbu olbrzymim budżetem dobroczynności. To też przedmiot mojego odczytu ma tylko pozornie znaczenie ściśle lekarskie; przeciwnie, wkracza w całej pełni w dziedzinę medycyny społecznej, staje się dzisiaj, a pragnę tego dowieść, czynnikiem przodującym w dążeniu do racjonalnego rozwoju, doskonalenia oraz poszerzenia zakresu lecznictwa szpitalnego.

Szpital, jako instytucja użyteczności publicznej pierwszorzędnej wagi, dom zdrowia dla źle lub niedostatecznie zabezpieczonych materjalnie, winien być nietylko ultimum refugium dla niedoli fizycznej, schroniskiem dla stosowania miłosierdzia, ale stać się musi państwową instytucją uzdrowienia, gdzie wskaźnikiem należycie wykonywanego obowiązku społeczno-lekarskiego jest stosowanie w całej pełni, w zakresie najszerszym, tych wszystkich współdziałających środków leczniczych, jakie w danej chwili wiedza medyczna posiada i stosować nakazuje. Lęk, który ogarnia chorego, jego otoczenie, gdy lekarz w ciasnej izbie, na poddaszu dusznem, w suterynie ciemnej, z wahaniem orzeka, że pozostaje jedynie chorego skierować do szpitala, trwa wciąż jeszcze. Zwątpienie częściej, a nie wiara w uzdrowienie towarzyszy choremu, gdy próg szpitala przestąpi; obawa, czy istotnie zdrowie zupełne odzyska, tłumi nadzieję powrotu dawnej sprawności i zdolności do pracy zawodowej. Jakież są przyczyny, co ten lęk

stwarzają. skąd zwątpienie, co w świadomości szerokich mas budzi obawę przed szpitalem, gdzie źródło braku wiary, tej mocnej, w skuteczność pomocy szpitalnej. Usuńmy na plan dalszy przyczynę ogólną; dawno dojrzała ona w świadomości naszej, stworzyło ją jarzmo niewoli w przeżytej epoce dziejowej, gdy bezładny, egoistyczny, rabunkowy system gospodarki hamował sztucznie wszelki ruch społeczny, dzielił i rządził, szczepiąc nieufność i zwątpienie.

Lecz pozostaje przyczyna inna, wagi niemniejszej, a może być głębsza, zdawna zakorzeniona, dziedziczona nietylko u nas z pokolenia na pokolenie, a jest nią dominujący, odrębny, wybitnie filantropijny u podstaw swych system działalności w zakresie szpitalnictwa. Jako filantropijny system ten, oparty na postępowaniu, pospolicie zwanem dobroczynnością oraz na miłosierdziu, nie mógł stać się podwaliną dojrzałej, a trwałej, wciąż twórczej, w szerokiem pojęciu państwowem, organizacji opieki zdrowia publicznego. Kto w pracy zawodowej, intelektualnej, społecznej sterał żywot, kto w pełni sił, w okresie rozkwitu pracy swej, zaniemógł, ten musi mieć pomoc lekarską ratowniczą, szpitalną, szybką, w całej pełni sztuki lekarskiej zapewnioną; spełnienie jej winno stać się obowiązkiem społecznym państwa, jako wskaźnik istotnej, a nie złudnej tylko ewolucji demokratycznej w rozwoju postępowym jego.

To też filantropijny przeważnie kierunek w rozwoju szpitalnictwa u nas z natury rzeczy mógł mieć tylko zakres działania połowiczy, ułamkowy, wciąż zmienny, bo zależny od szeregu przejściowych dodatnich lub ujemnych czynników; nie zdołał on objąć całokształtu złożonych potrzeb szpitalnych, nie mógł być nigdy wsparty na obrachunku ścisłym spełnionego w należytym wymiarze w stosunku do jednostki zobowiązania społecznego. Najwięcej na tym cierpiało lecznictwo szpitalne; rozwój jego był na szeregi lat zahamowany, zakres działania niezwykle ograniczony, a wykonanie oparte przeważnie na dobrej woli lekarza też filantropa, walczącego na swem stanowisku z brakiem dostatecznej liczby środków lekarskich, z nieuctwem niewyszkolonej, lichej pod względem kultury służby niższej, a nadewszystko z brakiem wogóle całych działów w organizacji lecznictwa, których bezwzględna potrzeba już

dawno dojrzała w przekonaniu zawodowem lekarza szpitalnego.

Wszystko to razem rozpraszało energję, niweczyło zamierzenia naukowe, utrudniało klinicyście szpitalnemu stosowanie całokształtu leczenia, opartego na podstawach naukowych, paczyło ducha mniej opornych w walce o słuszne prawo chorego, a leczenie szpitalne czyniło niepłodnem, ułamkowem, a więc z punktu widzenia niezależnej oceny naukowej krytycznej i wadliwem. Oto w zarysie splot patologicznych warunków pracy lekarskiej w szpitalu, a tak ujemnych dla tworzenia tej tak pożądanej, krzepiącej ducha chorego ufności bezwzględnej w skuteczność i powagę leczenia szpitalnego. Stąd lęk, zwątpienie, które się błąka często jeszcze w duszy ludzkiej, gdy o szpitalu zajdzie mowa. A oto przykład, z kroniki dnia, żywy. Lekarz sanitarny odwiedza chorego, co śród pracy zawodowej, w warunkach ujemnych hygieny, zapada na gościec ostry stawowy; na prośby otoczenia w domu go leczy, uśmierza bóle, łagodzi gorączkę, lecz coraz to inny staw zapaleniu ulega. Przechodzi tydzień—dwa—cierpienie trwa, lekarstwa działać przestają, bo i niewiele już zdziałać mają. I oto dojrzewa w otoczeniu i lekarzu myśl oddania chorego szpitalowi; pragnienie zdrowia tłumi zwątpienie, budzi nadzieję. W szpitalu internista napina energję, usiłuje zwalczyć chorobę, hamuje ją, łagodzi przebieg. Lecz oto cierpienie wkracza w znany okres przewlekły, wymagający zabiegów uzupełniających, by wzmóc działalność skóry, nerek i serca, by wzmocnić odżywianie i prężność mięśni zwiotczałych. usunąć przykurczenia, by wreszcie rozpocząć łagodną metodyczną pracę rytmiczną uruchomienia stawów przez działanie zespołu celowych środków leczniczych fizykalnych.

Tak każe nauka i ta prawdziwa owocna sztuka lekarska. Lecz napróżno, środków tych szpital jeszcze nie posiada, ułomna jeszcze jego działalność społeczna. Chory zawadza, łóżko zwolnić musi. I oto wraca bez gorączki, a w stanie niemniejszego niedołęstwa, do swej izby skromnej. Nadzieja słabnie, zaufanie znika, rozpoczyna się szare życie niedoleczonego, który bez winy, miast znów stać się prężną siłą mężką, ciężarem społeczeństwa i rodziny się staje. A oto żołnierz młody, dziś inwalida wojenny, przybywa do szpitala o kuli,

powłócząc bezładnie stopą prawą. Chirurg odsłania w głębi uda, przestrzelonego kulą karabinową, n. kulszowy w miejscu, gdzie z blizną zrośnięty pień nerwu ulega uciskowi. Usuwa bliznę, co hamowała przewodnictwo w nerwie strzałkowym, a częściowo i w nerwie goleniowym tylnym; w ciągu dwu pierwszych tygodni brak jeszcze oczekiwanego ruchu palców, stopy. Ale oto w trzecim tygodniu władza w nich wracać zaczyna, a choć w wymiarze jeszcze nikłym, ale jest pierwszy zwiastun poprawy; świadczy to, że ucisk blizny nie zdołał wywołać jeszcze zniszczenia zupełnego wyrostków osiowych w poszczególnych pęczkach nerwowych. Nadzieja duch krzepi w żołnierzu,—bez kuli chodzić poczyna. Lecz pogodne dotąd czoło chirurga chmurnem się staje.

Gdzież zwalczać będzie zaniki, zaburzenia czucia, obrzęki, sinicę z zahamowania krwi krążenia, gdzie przez racjonalne równoległe współdziałanie łączne środków leczniczych mechanicznych, elektroterapeutycznych, wodoleczniczych sprzyjać będzie dalszemu rozwojowi poprawy, a zwlekać to wbrew wskazaniu nauki postępować, powrót do zdrowia naturze hamować. Chory — choć już nieco mniejszy kaleka — opuszcza bezradny progi szpitala i bez należnego uczucia wdzięczności dla chirurga, który nie mógł spełnić należycie w całym wymiarze swego obowiązku społecznego i zawodowego. I chory i lekarz cierpią niesłusznie moralnie.

Ale oto inny, pogodny już, pełen podniety dla pracy lekarza szpitalnego, w płaszczyźnie tych samych zjawisk społecznych powstały obraz dodatni, którego spostrzeganie jest od lat kilku udziałem szczęśliwym szpitala naszego, bo śmiały krok pierwszy na drodze ewolucji lecznictwa szpitalnego wykonać już zdołał.

Oto młoda pracowniczka igły, jedyna żywicielka brata, z omdlenia nagłego ocucić go usiłowała przez rozwarcie ust palcami dłoni prawej; zakażeniem ropnem przedramienia i dłoni czyn ten nierozważny okupiła; chirurg dwukrotnie nożem leczyć je musiał. Po dwumiesięcznem unieruchomieniu w opatrunku przybywa na mój oddz. terapji fizykalnej: dłoń sztywna w stawie napiąstkowym, stawy palcowe, prócz jednego sprawnego palca dużego, również sztywne, a jedna z blizn, ta najdłuższa, w skórze ponad stawem napiąstkowym przeciągająca

ku powierzchni 3-go palca, jak struna napięta, odchyla mocno palec ten w górę od linji palców pozostałych, zniekształcając bardziej jeszcze dłoń całą. Mięśnie przedramienia, dłoni w stanie znacznie posuniętego zaniku. Rozpoczynając leczenie, dbamy przedewszystkiem o utworzenie warunków lepszych dla krwi krążenia, zaburzonego przez 2 miesięczny układ nieruchomy ręki. Przez stosowanie suchego ciepła, światła elektrycznego, wzmagamy zahamowaną działalność gruczołów potowych skóry; zwiotczałe mięśnie ramienia, przykurczone i zanikające przedramienia i dłoni mięsieniem, po wstępnym zabiegu ogrzewającym, ożywiamy. Rozpoczynamy ruchy bierne stawu napiąstkowego i palców pod wodą o ciepłocie 30—32° R, by zmniejszyć ból i zwolnić napięcie mięśni podczas zabiegu. I oto wyczuwamy już pierwsze ruchy czynne w stawach. Przechodzimy z kolei do ruchów biernych na aparatach Zandera-Hertza; — zaczynamy od ruchów rytmicznych, o wymiarze małym, by niebolesnych; stopniowo przechodzimy do ruchów szybszych, o większej amplitudzie, bolesnych. Przez ruchy bierne maszynowe stawu napiąstkowego coraz bardziej napinamy bliznę długą ponad stawem, rozszczepiamy ją zwolna celowo w kilku miejscach w kierunku poprzecznym, wydłużamy w ten sposób, zwalniamy odchylenie nadmierne i rozgięcie haczykowate sztywne w członku pierwszym palca 3-go, doprowadzamy go stopniowo do linji równej z palcami pozostałemi; to też palec ten zbędnym być już przestaje, myśl o zupełnem usunięciu go odpada. Chora zaczyna ujmować przedmioty większe, stopniowo utrzymuje już i mniejsze; czesać, ubierać sie sama usiłuje. Ale oto już po igłę sięgać zaczyna, a dzisiaj po 15-tu miesiącach wraca stopniowo do swej pracy zawodowej zarobkowej, z pogodą na twarzy wita nas i żegna. Wytrwałość chorej, a nadewszystko zespół środków leczniczych, jako współczynnik pracy niezbędny chirurga, pozwolił szpitalowi spełnić w pełnym wymiarze obowiązek społeczny, który na nim zaciążył. A oto już zdrowe, znów do pracy wdrożone, trzy posługaczki szpitalne. Przybyły na oddz. mój w tym roku po wstępnem leczeniu chirurgicznem z powodu złamania: pierwsza,— wielokrotnego — prawostronnej kości promieniowej z odklejeniem okostny, druga— również prawostronnej kości promieniowej i łokciowej, a trzecia — z powodu złamania kości pro-

mieniowej i wyrostka lewej kości łokciowej. Wszystkie trzy urazy miały miejsce podczas pełnienia obowiązków służbowych, a więc łatwo stać się mogły punktem wyjścia sporu przewlekłego o odszkodowanie lub ze względu na starszy wiek i lata długie służby komunalnej o zabezpieczenie dożywotnie z powodu znacznej utraty zdolności do pracy zawodowej, co niewątpliwie pierwotnie istniało. Ale oto kilkumiesięczne leczenie metodyczne zesztywnień, zaników, zaburzeń odżywczych, jako konieczny normalny ciąg dalszy terapji chirurgicznej w szpitalu, powróciło stopniowo sprawność zupełną zawodową wszystkim trzem. Władze komunalne uchroniło od ciężkiego obowiązku przewlekłego spłacania im daniny dobroczynnej i przekonało raz jeszcze, że stworzenie tego nowego działu leczniczego w szpitalu naszym było nakazem istotnej dojrzałej potrzeby społeczno-lekarskiej, a stać się łatwo też może korzyścią bezpośrednią dla skarbu miasta, które pracowników swoich leczyć i zabezpieczyć musi. Lecz już nie będę zbytnio trudził uwagi Szan. Kolegów nadmiarem szczegółów o chorych, których chciałbym jeszcze pokazać. Oto przybyły chętnie z miasta 45-letni mężczyzna, po przebytej kilkumiesięcznej na odd. moim terapji, z powodu przewlekłej sprawy gośccowej wielostawowej. Jak widzimy nie jest już on zgarbiony, chodzi sprawnie zupełnie,—szybko; sz ywno karku już nie trzyma. Ruchy k. k. g. i k. k. d. mają wymiar pełny, nie są bolesne, gdy przed kilku zaledwie miesiącami mieliśmy obraz ciężkiego niedołęstwa — prawie wszystkie stawy były w stanie podostrego zapalenia z objawami rozpoczynających się zmian pozapalnych przerostowych w więzach workowatych stawów, a zanikowych w chrząstce (po części i w tkance kostnej). Upośledzoną działalność gruczołów potowych, to tak częste zjawisko ujemne właśnie u chorych z cierpieniami przewlekłemi stawów, wzmogliśmy przez stosowanie kąpieli ogrzewających elektrycznych; doprowadzaliśmy ciepłotę chorego na czas krótki do 39°C., obniżając jednocześnie korzystnie ciśnienie krwi z 112--95mm. Po wypoczynku, a w okresie dalszym leczenia, po wykonanym w wannie lub pod natryskiem zabiegu ochładzającym, stosowaliśmy przedewszystkiem metodycznie ruchy rytmiczne, o zmiennej amplitudzie, na maszynach Zandera - Hertza oraz mięsienie. A oto jeszcze chory

z niezwykle dodatnim wynikiem kosmetycznym leczenia łącznego promieniami R. i słońca gruźliczej sprawy rozpadowej kostnej z przetokami w lewostronnej kości jarzmowej. A oto wreszcie chory z pourazowem cierpieniem rdzenia; niedowład k.k.d. jego i zaburzenia czucia oraz organów wydalania ulegać już zaczynają pewnej poprawie podmiotowej i przedmiotowej— w związku z leczeniem kinestetycznem pod wodą, elektroterapją oraz metodyczną gimnastykę rytmiczną — a stanowi to ulgę znaczną dla tych przewlekle ciężko chorych.

Nie chciałbym jednak być źle zrozumiany — terapia fizykalna nie jest bynajmniej tem wszystkiem, co w zagadnieniu współczesnej ewolucji lecznictwa szpitalnego już dojrzało, — ale jest ona niewątpliwie ogniwem najważniejszem w rozwoju postępowym jego. Kto, tworząc w dobie dzisiejszej nowy szpital powszechny, nie złoży obok budżetu apteki budżetu Oddziału Terapji Fizykalnej, ten tworzy zły szpital ułomny. Należy bowiem pamiętać, że każdy chory, powracający do zdrowia, zanim szpital opuści powinien, ze względu na ogólny stan zdrowia swego, przejść również przez oddział terapji fizykalnej, by wzmóc, uregulować tak ważną dla zdrowia działalność skóry zwiotczałej, wzmocnić sprężystość układu mięśniowego, uspokoić układ nerwowy przez skombinowane leczenie fizykalne.

O samoistnem moczeniu krwawem

podał

D. Szenkier.

Odczyt, wygłoszony dnia 23. XI. 1921 r. na szpitalnem posiedzeniu naukowem.

Moczenie krwawe (haematuria), jako zjawisko objawowe, najczęściej spostrzegamy w przebiegu kamicy nerkowej, gruźlicy oraz nowotworów nerki; rzadziej objaw ten występuje w przebiegu wodonercza. (Przypadek moczenia krwawego z powodu wodonercza pokazywałem w 1919 r. na jednem z posiedzeń naukowych szpitala). Nie o takich krwawieniach tutaj mówić zamierzam; mam, przeciwnie, na myśli krwawienia

u tych chorych, których badanie nie wykrywa objawów cierpień wyżej wymienionych, gdy moczenie krwawe zjawia się zupełnie nieoczekiwanie, bez objawów wstępnych, trwa przez czas dłuższy lub krótszy, by albo zniknąć bez śladu, albo też po jakimś czasie odnowić się. Krwawienia występują niekiedy o takiej sile i trwają tak długo, że utrata krwi zagrażać może i życiu chorego („*Massenblutungen*"). Podczas operacji w przypadkach odnośnych ujawnia się nerkę, która przynajmniej przy badaniu gołem okiem ma wygląd zdrowy. Niema jednak dotąd należytego rozwiązania pytania, czy w wypadkach takich istotnie mamy do czynienia z nerką zdrową, czy też słuszne jest twierdzenie, że dokładne badanie drobnowidzowe w każdym przypadku wykryłoby niewątpliwie zmiany histologiczne — podłoże moczenia krwawego. A więc zagadnienie sprowadza się do pytania, czy wogóle nerka może krwawić bez odpowiedniego podłoża anatomo-patologicznego. Już na wstępie zaznaczam, że większa część autorów uważa, że samoistne moczenie krwawe nie jest samodzielną jednodnostką nozologiczną. Określenie klinicze — *haematuria essentialis* — wprowadził Roger, gdy w 1841 r. opisał przypadek moczenia krwawego; sekcja w przypadku tym wykazała nerkę zdrową po stronie prawej, w lewej zaś badanie wykryło zmiany zapalne. Roger nie przypuszczał, by między moczeniem krwawem a zapaleniem nerek istniał związek przyczynowy. Durham opisał w 1872 r. przypadek moczenia krwawego u kobiety z napadami bólów nerkowych; w usuniętej nerce zmian anatomo-patologicznych nie wykryto.

Israel w 1894 r. ogłosił przypadek analogiczny, w którym dokonano wówczas tylko cięcia nerki. Casper opisał w 1906 r. dwa przypadki jednostronnego moczenia krwawego. W obu nerki usunięto; w jednym z nich z powodu uszkodzenia podczas operacji żyły nerkowej, w drugim z powodu silnego krwotoku powtórnego po cięciu nerki. Badanie drobnowidzowe obu nerek wykazało zmiany zupełnie nikłe, które, jak sądzi Casper, znajdują się prawie w każdej, tak zw. nerce zdrowej, szczególnie u ludzi starszych. Casper wskazane przypadki włącza właśnie do grupy samoistnego moczenia krwawego. Hildebrant (1908), Ritter (1910) i Zinner (1911) opisali pod taką samą nazwą przypadki obfitego moczenia krwawego, w których badanie

drobnowidzowe całej usuniętej nerki nic nienormalnego nie wykazało. Przypadki takiego moczenia krwawego nazywano rozmaicie: 1) *renale Haemophilie* (Senator 1910), 2) *angioneurotische Blutungen*, *néphralgie rénale* (Klemperer, Sokoloff, Lanceraux, Legueu), 3) *haematurie essentielle* — autorów francuskich, 4), krwawienie ze zdrowej nerki (*Blutungen aus anscheinend gesunder Niere*)—Klemperer'a. Wszystkie nazwy te świadczą również, że przyczyna samoistnego moczenia krwawego i nadal niewyjaśniona zostaje. Dla ścisłości dodać należy, że krwawiec może mieć między innemi krwawienie i z nerki (Wendel, Strubel), lecz i te przypadki są wszak bardzo rzadkie. Z dwustu przypadków samoistnego moczenia krwawego, zebranych przez Ruge'go (1913 r.), krwawienia z innych narządów (oprócz przypadku Kotzenberg'a) nie było. Bo też dziwnem by było, gdyby w krwawiączce, która wszak jest chorobą ogólną, a nie miejscową (Krehl, Morawitz), spostrzegano krwawienie z jednego tylko narządu.

Leyden myślał, że przepracowanie fizyczne może wywołać krwawienie nerkowe. Pod krwawieniem nerwicowem naczynioruchowem (Klemperer, Sabatier i Legueu) należy rozumieć takie, które wywołuje niedomoga nerwów, zwężających naczynia, prowadzi to bowiem do rozszerzenia naczyń nerkowych, a więc do przekrwienia nerki oraz jednoczesnego rozluźnienia połączeń między komórkami w ściankach naczyń krwionośnych. Klemperer porównywa te krwawienia z zastępczemi w okresie miesiączkowania, z krwotokami z nosa, płuc, żołądka, a także z temi, które spostrzegamy u osób histerycznych. Jednakże większa część autorów, jak Elliot, Pousson, Kretschmer (1907 r.) Kotzenberg (1908 r.) Rovsing, Albarran, Israel, Zuckerkandl, Kümmel, Rumpel, Kapsamer (1912 r.), nie uznaje krwawienia ze zdrowych nerek i twierdzi, jak już zaznaczono wyżej, że przy zbadaniu dokładnem całej nerki, a nie tylko jednego jakiegoś kawałka, wyciętego z niej, wykryć się dadzą niewątpliwie zmiany anatomo-patologiczne, względnie objawy zapalne w tkance nerkowej. Nawet Legueu, który wprowadził termin „*nepharalgie rénale*“ zmienił pogląd i podziela zdanie wyżej wymienionych autorów. Ale i ci, co nie uznają samoistnego moczenia krwawego, nie mogą jednak wyłączyć go zupełnie. Kretschmer nprz. omawiając 129 przypadków, zebranych z piś

miennictwa tego przedmiotu, wskazuje na przypadek Spencer'a w którym właśnie żadnego podłoża organicznego wykryć się nie udało; Majocchi (1910) to samo mówi o przypadku Klemperer'a; Motz mówi o „rzadkości" samoistnego moczenia krwawego, a Kotzenberg z liczby 116 przypadków jednostronnego zapalenia nerek—w 2 u (Spencera, Steinthala), stwierdził brak niewątpliwy jakiegokolwiek anatomo-patologicznego podłoża dla wytłomaczenia przyczyny moczenia krwawego. Na podstawie doświadczenia własnego sądzę, że tak zw: samoistne moczenie krwawe w większej części przypadków musi mieć określone tło anatomopatologiczne, którego istotę prawdopodobnie najcześciej tworzą objawy zapalne w nerkach. A jednak uznać należy, że niewątpliwie zdarzają się przypadki pojedyńcze, w których krwawienie może nastąpić ze zdrowych nerek. Tak też sądzę było w przypadku, którego przebieg kliniczny w szkicu tutaj podaję.

Chora lat 34, wdowa. Przed 6-laty poraz pierwszy, bez zmian wstępnych w ogólnym stanie zdrowia, spostrzegła, że oddaje mocz krwawy. Zjawisko to powtórzyło się kilka razy jeszcze i zawsze bez objawów wstępnych. Od $1^1/_2$ roku krwawi prawie bez przerwy, o sile krwawienia zmiennej; często krew odchodzi w postaci skrzepów, lecz zawsze bez bólów i bez wzmożonej potrzeby oddawania moczu. Dopiero ostatnio ($1 - 1^1/_2$ miesiąca temu) odczuwać zaczęła nieznaczne kłucie pod koniec oddawaniu moczu i częściej nieco mocz oddawać zaczęła (w nocy 2—3 razy); niekiedy ma bóle w okolicy krzyżowej. T^0 wieczorami $37,1^0$ do $37,3^0$. Ostatnio objawy wszystkie wzmogły się, chora znacznie opadła na siłach, zbladła, stała się bardzo anemiczną. Przed 2 laty, podczas dłuższej obserwacji w Szpitalu na Czystem, chorą cystoskopowano i przeprowadzono czynnościowe rozpoznanie nerek. B a d a n i e m o c z u wykazało wówczas białka +, bardzo dużo czerwonych ciałek krwi, pojedyńcze leukocyty; wałeczków i wogóle elementów nerkowych nie wykryto. Badanie promieniami R. dało wynik ujemny *quoad calculum*. C h r o m o c y s t o s k o p j a dała wówczas wynik następujący: pojemność pęcherza była zupełnie dobra, śluzówka normalna; żadnych objawów stanu zapalnego; dużo skrzepów krwi na dnie pęcherza, utrudniających badanie. Powtórna chromocystoskopja wykazała, że barwnik indigokarminowy wydziela się z lewej strony (nerki) po 8 min., a z prawej dopiero po 15 min., przyczem stopień zabarwienia zielonego trwa po stronie prawej bez zmiany i po 30 min.

Status praesens VIII. 21. Chora bardzo niedokrwista, osłabiona; ciepłota — $37,2^0$. W płucach, sercu i narządach brzusznych zmian niema; nerek nie wyczuwa się, niema też objawów bolesności

nerkowej. W moczu: białko +, białych ciałek krwi po kilkanaście w polu widzenia, a czerwonych bardzo dużo; wałeczków niema.

U. K. — cystoskopja (cystoskopja, połączona z cewnikowaniem moczowodów) dała wynik następujący: pęcherz naogół normalny, prócz nieznacznego przekrwienia naczyń; ujście prawego moczowodu rozszerzone w kształcie trójkąta, ujście lewego — normalne. W zestawieniu badanie czynnościowe nerek daje następujące dane:

	Prawa nerka.	Lewa nerka.
Ilość moczu	20,0	35,0
Przezroczystość	mętnawy, krwisty	mętnawy
Białko	+	ślady minimalne
Białe ciałka krwi	pojedyńcze	pojedyńcze
Czerwone ciałka krwi	bardzo dużo	—
Barw. indigokarminowy	po 25 min. zabarwienie zielone	po 8 m.—zielone po 12 m.—niebieskie

28.VIII.21 r. U. K.—Cystoskopja powtórna, wynik bez zmiany.

30.VIII.21 r. Operącja. W uśpieniu chloroformowem, po cięciu uskośnem lędźwiowem, usunięto nerkę prawą, nieco powiększoną; żadnych zrostów z tkankami otaczającemi, a gołem okiem nie widać zmian w budowie.

31.VIII.21 r. Mocz, wydzielany na dobę w ilości 750 ccm^3., był jeszcze lekko krwią zabarwiony, gdy od 1.IX.21 r. był już stale bezbarwny, lecz wciąż jeszcze mętnawy.

7.IX.21 r. Zdjęto szwy z rany, zagojonej przez rychłozrost.

10.IX.21 r. Chorą wypisano w dobrym stanie; moczu wowczas na dobę oddawała 1200,0—1500,0; białka pozostały ślady; 0-1-2 czerw. ciał. krwi w p. w. i pojedyńcze leukocyty.

Badanie histologiczne tkanki, wziętej z różnych części usuniętej nerki, zmian anatomo-patologicznych nie wykazało. W danym więc przypadku mamy uporczywe, jednostronne, obfite krwawienie z prawej nerki, jako objaw jedyny, nie ustępujący pod wpływem zwykłych leków. Nieznaczne dolegliwości pęcherzowe zjawiły się dopiero w ciągu ostatniego miesiąca; należy je uważać za zjawisko wtórne, wywołane przez rozpad krwi w pęcherzu.

Kamicę nerkową, częstą przyczynę moczenia krwawego, można było wyłączyć na podstawie ujemnego wyniku badania promieniami R. oraz rozwoju obrazu klinicznego. Gruźlica nerki, gdyby trwała 6 — 7 lat, byłaby przedewszystkiem spo-

wodowała większe zaburzenia pęcherzowe; pozatem wskaźnik indigokarminowy działalności nerki byłby inny, gdyby 6—7 lat trwała sprawa gruźlicza w nerce. Nowotwór nerki (mięsak, rak) byłby niewątpliwie w ciągu 6 — 7 lat trwania dał objawy ściśle miejscowe, wywołałby charłactwo, a nadewszystko byłby tak zniszczył tkankę nerkową, że o wydzielaniu barwnika doświadczalnego zupełnie by nie było mowy. Nie można było natomiast nie pomyśleć o nadnerczaku, gdyż nowotwory te niekiedy bardzo długo się rozwijają bez objawów miejscowych, a wiadomo, że małe nadnerczaki mogą obficie i długo krwawić; pozatem, w przypadkach nadnerczaka nerki i czynnościowa diagnostyka może nie dać wyniku o wartości różniczkowej. Należy jednak przypuszczać, że 7-o letni okres trwania nadnerczaka wywołałby objawy miejscowe, to też rozpoznanie tego typu nowotworu nerki było również mało prawdopodobne. Wynik rozpoznania czynnościowego, wskazujący na sprawę miąższową nerki, wyłączał rzadkie przypadki brodawczaka, naczyniaka miedniczki (Fennwick, Cabot, Pilcher, Whitney, Mac-Gowan) lub wreszcie t. zw. *pyelitis granulosa* (Karaffa-Korbut, Frisch, Taddei). Należy pamiętać, że zapalenie nerek może dać silne krwawienie jednostronne, jako objaw pierwszy i jedyny, gdy brak jeszcze w moczu nerkowych elementów morfologicznych, a szczególniej wałeczków (Kümmel). W przypadkach tych nie dają żadnego wyniku i inne sposoby badania, jak np. mierzenie ciśnienia krwi (Pousson, Bleeck, Casper). A że zapaleniu może ulec jedna tylko nerka, to wskazuje statystyka Edebohlsa (z 72 przypadków zapalenia nerek 11 było jednostronnych) i Pousson'a (ze 153 operacyjnych przypadków zapalenia nerek w 30 stwierdzono zapalenie jednostronne). Podług Ruge'go Goodhard i Weis stwierdzili jednostronność choroby w 15%. Gdy w naszym przypadku — wobec braku objawów zapalenia nerek — i to rozpoznanie należało odrzucić, to pozostało jedynie drogą wyłączenia rozpoznanie samoistnego moczenia krwawego *(haematuria essentialis)*.

A jeszcze słów kilka o leczeniu, o wskazaniu do operacji w moim przypadku. Uważam, że wskazanie to było, że właśnie jaknajenergiczniej zwalczać należy leczenie zachowawcze (Casper). Już samo krwawienie silne a stałe, wywołujące

ciężką anemję, zagrażające nietylko zdrowiu, lecz i życiu chorego, jest wskazaniem dostatecznem do zabiegu operacyjnego. Gdy do tego dołączymy niepewność, czy gdzieś w nerce nie kryje się jednak nadnerczak, to uznać trzeba, że na pytanie, czy było wskazanie do operacji, odpowiedź może być tylko twierdząca. Wskazani w pracy Ruge'go Zuckerkandl (1905), Cavaillon (1906), Treplin, Oppel (1908), Zinner (1911) i Kümmel (1912) opisali przypadki krwawego moczenia, wyleczone przez dekapsulację. Ma ona jednak w przypadkach tych dwie strony ujemne: po pierwsze, nie wiadomo, czy nerka krwawić przestanie i czy nie będzie nawrotu (przypadek Kretschmer'a), a po drugie, niemożność wejrzenia do wnętrza nerki, by sprawdzić, czy niema nadnerczaka. Dlatego też trudno wahać się przed wykonaniem nacięcia nerki, które zarówno uwydatnić nowotwór może, jak też jednocześnie i krwawienie usunąć. (Hildebrandt, Israel, Illeyes, Casper, Kümmel, Steinthal i inni).

Ruge, Santini, Heymann, Legueu, Pouchet łączą nacięcie nerki z dekapsulacją, co słusznem mi się nie wydaje ze względu na powiększenie niebezpieczeństwa wtórnego pooperacyjnego krwawienia, tak częstego po nacięciu nerki (Szenkier. Nephro- i pyelotomja 1913 r.). To też zdecydowałem się na usunięcie nerki, a nie na jej dekapsulację tylko, gdyż nie dało by to możności odsłonięcia wnętrza nerki, nacięcie zaś, jako związane z niebezpieczeństwem wtórnego krwawienia, było bezwzględnie przeciwskazane u tak niedokrwistej, jak nasza, chorej. W przypadkach analogicznych usunięcie nerki było wykonywane już przez wielu chirurgów (Nicolich—1905, Casper — 1906, Ritter — 1910, Angerer – 1908 i inni). Trudno jednak byłoby bez zastrzeżeń postępować jak Karaffa-Korbut, gdy radzi zasadniczo uznać za wskazane usunięcie nerki nietylko w przypadkach moczenia krwawego o charakterze samoistnym, lecz też wtedy, kiedy krwawienie pochodzi z nerki, znajdującej się w stanie zapalenia przewlekłego.

O psychologicznej podstawie klasyfikacji psychjatrycznej

podał

Maurycy Bornsztajn

Klasyfikacja w danej gałęzi wiedzy ma znaczenie nietylko praktyczne, ale i teoretyczne, czysto naukowe. Praktycznie — klasyfikacja przydatna jest w tym sensie, że pozwala łatwiej orjentować się w całokształcie przedmiotu i daje sposób porozumiewania się przedstawicielom danej nauki. Teoretyczne zaś znaczenie klasyfikacji polega na tem, że powinna być ona niejako skrótem rezultatów wiedzy, osiągniętej w danym okresie czasu, zwierciadłem, w którem odbija się współczesny stan wiedzy w pewnym zakresie. Klasyfikacja, odpowiadająca tym warunkom, jest tym trudniejsza do osiągnięcia, im dana nauka jest mniej w podstawach swych utrwalona, im więcej panuje w niej poglądów sprzecznych. W takim właśnie stanie tworzenia się znajduje się dzisiaj psychjatrja. Żadna z dyscyplin wiedzy lekarskiej nie przedstawia, z natury rzeczy, tyle zagadnień nierozwiązanych, tyle problematów, tyle niedomówień, tyle domysłów, tyle hypotez, co psychjatrja. Od lat stu z górą starają się uczeni zbliżyć się do pokonania, chociażby częściowego, nastręczających się w tym względzie trudności, podchodzą do tych zagadnień z rozmaitych stron, starając się je ująć bądź to ze stanowiska czysto klinicznego, to znów ze stanowiska anatomo-patologicznego. W miarę rozkwitu metod badania drobnowidowego, przypuszczano, że i dla chorób psychicznych znajdą się odpowiedniki anatomo-patologiczne, które pozwolą na powiązanie przyczynowe obrazu klinicznego i anatomo-patologicznego. I istotnie osiągnięto w tym kierunku pewne rezultaty. Stwierdzono mianowicie w sposób niezaprzeczalny, że w pewnej kategorji chorób psychicznych znajdujemy stale jedne i te same zmiany organiczne w korze mózgowej, które uważać należy za przyczynę tych chorób. Jest to jednak kategorja nieliczna, obejmująca zaledwie kilka schorzeń: psychozy kiłowe z porażeniem postępującem włącznie, psychozy miażdżycowe i starcze. Wobec ogromnej większości schorzeń psychicznych anatomja patologiczna

okazała się bezsilną; pozwalamy sobie wyrazić przypuszczenie, że bardzo być może nigdy nie będziemy w stanie wykryć podłoża anatomo-patologicznego dla takich schorzeń psychicznych przewlekłych, jak histerja, paranoia, różne stany psychiczne u osobników psychopatycznych, jak pewne typy schizophreniczne i t. d., z tego względu, że skądinąd nauka nie pozwala nam nawet przewidywać w tych wypadkach podłoża anatomo-patologicznego, ponieważ przyczyny ich należy szukać gdzieindziej bądź w psychice samej (schorzenia psychorodne), bądź w jakichś bliżej dziś nieokreślonych i nie dających się określić zmianach chemicznych ustroju (samozatrucie). Wynika z tych słów kilku, że nie mamy dotąd ustalonej etjologji dla większości chorób psychicznych, a więc na tej— etjologicznej— podstawie oprzeć klasyfikacji chorób psychicznych nie możemy. Kierunek kliniczny w psychjatrji, zapoczątkowany przez Kahlbauma, a tak świetnie kontynuowany przez współczesnego nam Kraepelina, kierunek, który wytknął sobie, jako cel, badanie przebiegu i zejścia psychoz i tworzenie w ten sposób jednostek klinicznych psychjatrycznych na wzór jednostek klinicznych w innych dyscyplinach lekarskich, również nie dał rezultatów spodziewanych. Po za jedną psychozą manjakalno-depresyjną, którą można by uważać za jednostkę kliniczną, albowiem po rozpoznaniu tej psychozy można przewidzieć z pewną przynajmniej dokładnością jej przebieg i zejście, t. j. postawić rokowanie, — innych jednostek klinicznych pośród psychoz nieorganicznych (t. j. tych których podłoża anatomo-patologicznego nie znamy i znać zapewne nie będziemy) kierunek kliniczny utworzyć nie potrafił. Dlatego też drugi punkt oparcia dla klasyfikacji psychjatrycznej—przebieg kliniczny i zejście — również nas zawodzi. Pozatem podkreślić należy inną trudność, a same obrazy kliniczne są często— aż nadto często!—w rozmaitych psychozach tak do siebie podobne, tyle zawierają w sobie cech wspólnych, że i na zasadzie stanu doraźnego trudno jest nieraz określić, czy mamy do czynienia np. z psychozą manjakalno-depresyjną, czy z schizophrenią (otępienie wczesne), czy z psychozą reaktywną psychorodną i t. d. Słowem, czysto kliniczna klasyfikacja, oparta na obrazach klinicznych, albo na przebiegu i zejściu jest dla wszystkich psychoz, jak na dzisiaj niemożliwa. Można byłoby

pomyśleć jeszcze o klasyfikacji, opartej na wieku chorych; byłby to podział zewnętrzny raczej, niż sięgający sedna rzeczy, nie dawałby tego, czego wymagać należy od klasyfikacji naukowej, ale byłby przynajmniej oparty na jednej podstawie. Okazuje się jednak, że i to jest niemożliwe ze względu na to, że istnieje cały szereg chorób psychicznych, które występują w wieku zarówno dziecięcym, jak dojrzałym i podeszłym (np. schizophrenia), tak że jedna i ta sama choroba figurować by musiała w kilku miejscach takiej klasyfikacji.

Kraepelin, uznając niemożliwość oparcia klasyfikacji chorób psychicznych w dzisiejszym stanie wiedzy psychjatrycznej na jednolitej podstawie, zrezygnował i w klasyfikacji swej, przyjmowanej dzisiaj powszechnie za najlepszą, opiera się na trzech podstawach: na wiadomych lub przypuszczalnych przyczynach psychoz, na ich przebiegu i zejściu, oraz na wynikach badań anatomo-patologicznych.

W ten sposób tworzy Kraepelin 5 grup zasadniczych.

Do pierwszej grupy zalicza on psychozy, powstające na skutek zewnętrznych szkodliwości cielesnych; tu mieszczą się więc psychozy na skutek urazów, zatrucia, zakażenia, łącznie z kiłowemi psychozami i porażeniem postępującem, wreszcie psychozy, powstające na tle zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem.

Drugą grupę Kraepelino'wską stanowią psychozy, powstające na skutek wewnętrznych schorzeń cielesnych. Tutaj należą wewnątrzpochodne sprawy mózgowe jak guzy, stwardnienie gruzełkowate i t. d., rodzinne schorzenia mózgowe, jak pląsawica Huntington'owska i idiotyzm z ślepotą. A dalej do tej samej grupy należą sprawy miażdżycowe, przedstarcze i starcze, jak również t. z. otępienie wczesne i padaczka.

Trzecią grupę stanowią schorzenia psychorodne, do których zalicza Kraepelin: wyczerpanie nerwowe, nerwicę wyczekiwania (Erwartungsneurose), nerwicę z przerażenia, nerwicę urazową, zaburzenia psychiczne u więźniów i inne.

Czwarta grupa obejmuje t. zw. zaburzenia psychiczne konstytucjonalne, do których zalicza psychozę manjakalno-depresyjną, paranoię, histerję, natręctwa

uczuciowe i myślowe, psychozy impulsywne oraz zboczenia płciowe.

Wreszcie do piątej grupy należą według Kraepelina t. zw. wrodzone stany chorobne, do których zalicza nerwowość, stany psychopatyczne i wszystkie *oligophreniae* t. j. idiotyzm, głuptactwo, niedołęstwo umysłowe, mongolizm i t. d. Tak przedstawia się klasyfikacja Kraepelina, którą podaje w nowem wydaniu swego „Wstępu do kliniki psychjatrycznej“ (1916).

Już z pobieżnego przeglądu widać, że jest ona niedostateczna i że ładu nie wprowadza. Postaramy się to uzasadnić na kilku przykładach.

W drugiej grupie mieszczą się obok siebie tak różnorodne postacie chorobne, jak psychozy starcze i przedstarcze z jednej strony i otępienie wczesne, z drugiej. Łączy je jakoby powstawanie na skutek „wewnętrznych schorzeń cielesnych“, ale czy mógłby Kraepelin wskazać, jakie schorzenie cielesne leży u podłoża otępienia wczesnego i czy wogóle jest to czemś w nauce ustalonem, że schorzenie cielesne wywołuje otępienie wczesne? Jeżeli ma on na myśli jakieś samozatrucie ustroju, to z tem samem prawem mógłby tu zaliczyć i psychozę nanjakalno-depresyjną. Natomiast w różnych grupach umieszcza tak podobne do siebie pod względem klinicznym, objawowym psychozy kiłowe i porażenie postępujące z jednej strony i psychozy starcze z drugiej.

Dalej, do trzeciej grupy, do psychoz psychorodnych zalicza rozmaite nerwice o wątpliwej samodzielności klinicznej, jak nerwica z wyczekiwania, nerwica z przerażenia, wyczerpanie nerwowe (?), natomiast brak w tej grupie tak niewątpliwie psychorodnych stanów psychotycznych, jak histerja, natręctwa i t. d., które z kolei zamieszczone są w czwartej grupie zaburzeń konstytucjonalnych wraz ze zboczeniami seksualnemi, co do których miałbym poważne wątpliwości, czy wogóle zamieszczać je pośród psychoz: nie są to choroby, ale uchylenia od normy, zboczenia, co nie jest jednoznaczne.

W piątej grupie obok stanów psychopatycznych zamieszcza Kraepelin *oligophreniae* dlatego tylko, że jedne i drugie są wrodzone. Dlaczegożby z większą o wiele racją nie zaliczyć psychopatów do konstytucjonalnych schorzeń psychicznych,

gdzie zamieszczone są owe zboczenia seksualne, tak częste u psychopatów?

Możnaby mnożyć jeszcze zarzuty, ale i tych wystarczy, ażeby dowieść, że klasyfikacja Kraepelina, ponoć najlepsza z dotychczasowych, nie wytrzyma krytyki ze stanowiska dzisiejszej wiedzy psychjatrycznej, często zaciemnia, zamiast oświetlać, i tak już ciemne, zawiłe drogi dociekań psychjatrycznych.

Skąd płyną te wady klasyfikacji u uczonego tej miary, co Kraepelin? Odpowiedź jest tylko jedna: z braku jednolitej podstawy klasyfikacyjnej, owego *principium divisionis*.

Czy można w dzisiejszej dobie wskazać na taką jedną zasadę klasyfikacji psychjatrycznej? Wydaje nam się, że tak, ale tylko wtedy, kiedy przyłożymy do psychjatrji inną miarkę, niż do innych dyscyplin lekarskich, kiedy zaprzestaniemy wciskać ją gwałtem w ramy, w których się nie mieści ze względu na przedmiot swych dociekań, t. j. chorą psyche ludzką, kiedy, słowem, ujmiemy zagadnienie klasyfikacyjne ze stanowiska psychologicznego. Nie tu miejsce dla obszernego uzasadnienia stanowiska psychologicznego w psychatrji [1]). Tu wystarczy, jeżeli powiemy, że zmiana osobowości może stanowić dzisiaj punkt oparcia dla racjonalnej, psychologicznie pojętej klasyfikacji psychjatrycznej.

Spróbujmy ze stanowiska osobowości i jej zmian, którym podlega w chorobach psychicznych, rozklasyfikować je tak, ażeby ta podstawa psychologiczna wystarczyła, ażeby inna podstawa podziału okazała się zbędną. Wtedy otrzymamy 4 grupy schorzeń psychicznych, z których czwarta miała by 2 poddziały. Cała klasyfikacja przedstawiałaby się w sposób następujący.

Grupa A. Zaburzenia psychiczne, w których osobowość nie jest dostatecznie rozwinięta, jest niepełnowartościowa, bądź pod względem intelektualnym, bądź pod względem afektywnym. Tu należeć będą wszystkie t. zw. *oligophreniae (debilitas, imbecil-*

---

[1]) Sprawę tę omawiamy obszernie w książce swej „Wstęp do kliniki psychiatrycznej", która niezadługo ukaże się w druku.

litas, idiotismus, mongolismus) oraz *moral insanity* (t. zw. niezdrowie moralne).

Grupa B. Zaburzenia psychiczne, w których osobowość jest pełnowartościowa albo nawet przewyższa często t. zw. normę pod względem intelektualnym, ale wykazuje dysharmonję w sferze afektywnej. Stany psychiczne, do tej grupy należące, stanowią, jedynie podkreślenie, wyolbrzymienie cech charakterystycznych dla takich osobowości.

Do tej grupy B zaliczane być winny:

a) wszystkie konstytucje psychopatyczne,
b) psychoza manjakalno-depresyjna,
c) *paranoia chronica*,
d) wszystkie stany psychorodne:
   1. psychozy reaktywne psychopatów;
   2. stany pomroczne w histerji;
   3. natręctwa myślowe i uczuciowe.

Grupa C. Obejmuje te stany psychotyczne, w których osobowość zmienia się w stosunku do stanu, poprzedzającego okres choroby, w ten sposób, że osobowość ulega specjalnemu mniej lub więcej głębokiemu rozszczepieniu, przemijającemu (okresowemu) lub trwałemu. (Jest to dziedzina schizophrenji (Bleuler), czyli t. zw. otępienia wczesnego (*dementia praecox* Kraepelina). Dziedzina ta, odpowiednio do tych lub innych objawów charakterystycznych, musi być podzielona na szereg typów chorobnych: *schizophrenia hebephrenica, katatonica, paranoides* itd.

Grupa D. Do tej grupy należeć będą wszystkie te psychozy, w których osobowość nie ulega rozszczepieniu, jak w grupie poprzedniej, ale zmianie głębokiej, często prowadzącej do zniszczenia osobowości. W pewnej kategorji tej grupy zmiana osobowości może nie być trwałą, ale przemijającą w zależności od działania czynników wewnętrznych lub zewnętrznych, które tę zmianę spowodowały. Z chwilą opanowania tych czynników osobowość może bądź powrócić do normy zupełnej, bądź do niej się zbliżyć. W drugiej kategorji tej grupy osobowość bezwzględnie ulega zniszczeniu. Dlatego też grupa D zawierać będzie 2 poddziały.

Podgrupa D_1 obejmować będzie:

a) psychozy zakaźne (stany majaczeniowe, zamącenie i t. d.).
b) psychozy intoksykacyjne, jak psychozy alkoholowe, na skutek zatrucia morfiną, kokainą i t. d;
c) psychozy kiłowe;
d) stany psychotyczne, związane z zaburzeniami w wydzielaniu wewnętrznem (psychozy w chorobie Basedowa, kretynizm sporadyczny i t. d.);
e) psychozy padaczkowe;
f) psychozy miażdżycowe.

(Te dwa ostatnie typy psychoz zbliżają się tak blizko do drugiej kategorji tej grupy (do kategorji D_2), że można je umieścić niejako na granicy między D_1 i D_2).

Podgrupa D_2 obejmuje psychozy, w których osobowość ulega bezwzględnemu zniszczeniu, a więc:

a) psychozy starcze (*dementia senitis*, t. zw. choroba Alzheimera i t. d.)
b) porażenie postępujące.

W ten sposób podzieliliśmy wszystkie psychozy, opierając się na jednej podstawie klasyfikacyjnej, a mianowicie na zmianach w osobowości chorego.

Jest to naszem zdaniem, jedyna racjonalna podstawa, która, nie przesądzając niczego, omijając problematy sporne etiologji psychoz, ich klinicznego przebiegu i nie potrącając o zmiany anatomo-patologiczne, jednocześnie uwzględnia najbardziej zasadniczy, dla psychjatrji decydujący motyw—zmiany osobowości psychicznej. Jest to pozatym klasyfikacja przydatna klinicznie, albowiem z jednej strony uwzględnia przedewszystkiem rokowanie, a z drugiej obejmuje w poszczególnych ugrupowaniach stany psychotyczne, zbliżone do siebie pod względem objawowym.

Z PRACOWNI ROENTGENOLOGICZNEJ SZPITALA

Pneumoperitoneum

podał

B. Grynkraut

O *pneumoperitoneum* czyli odmie brzusznej jest mowa wtedy, gdy mamy nagromadzenie gazów w jamie brzusznej; może ono być naturalne, lecz można je wywołać, jak wiadomo, sztucznie. Spostrzeganie naturalnej odmy brzusznej zrodziło w Lorey'u (1912) myśl zużytkowania tego zjawiska szczególnego dla celów diagnostycznych. Prace Alessandrini'ego, Rautenberga, Webera, Mallet'a i wielu innych pozwoliły na stworzenie metody tego badania za pomocą sztucznej odmy brzusznej.

Myśl przewodnia wszystkich prac tych jest następująca: gdy prześwietlamy promieniami R. jamę brzuszną, to na ogólnem tle ciemnem obrazu zdjęcia uwydatniają się do pewnego stopnia jasno jedynie te miejsca, w których gromadzą się gazy, inne pozostają w cieniu. Kontury nprz. żołądka naczczo albo kiszek grubych, gdy są napełnione gazami, ujawniać się dają zupełnie wyraźnie. Przyczyna tego zjawiska polega na tem, że przez gazy o wiele łatwiej przenikają promienie R., niż przez ścianki kiszek. Z tej właściwości różniczkowej gazów w stosunku do promieni R. korzystamy właśnie, wprowadzając je przed zdjęciem jamy brzusznej do otrzewny. A że gazy z łatwością wszędzie się rozpraszają, otaczając każdy narząd jamy brzusznej grubszą lub cieńszą warstwą, to też granice organów wewnętrznych uwydatniają się na ekranie radjoskopu lub też na kliszy dzięki konturom jasno zaznaczonym. Wątroba, śledziona, nerki są wtedy również dobrze widoczne, jak serce na tle płuc w zdjęciu klatki piersiowej. Powietrze — albo wogóle gazy—służą jedynie tu jako czynnik dodatkowy fizyczny do wywołania kontrastu pomiędzy przezroczystością przestrzeni nagazowanej a ciemniejszemi na niej plamami organów jamy brzusznej o nieprzezroczystości względnej; tak też działa światło słoneczne, tworząc dla wzroku rysunek przedmiotów nieprzezroczystych na tle atmosfery.

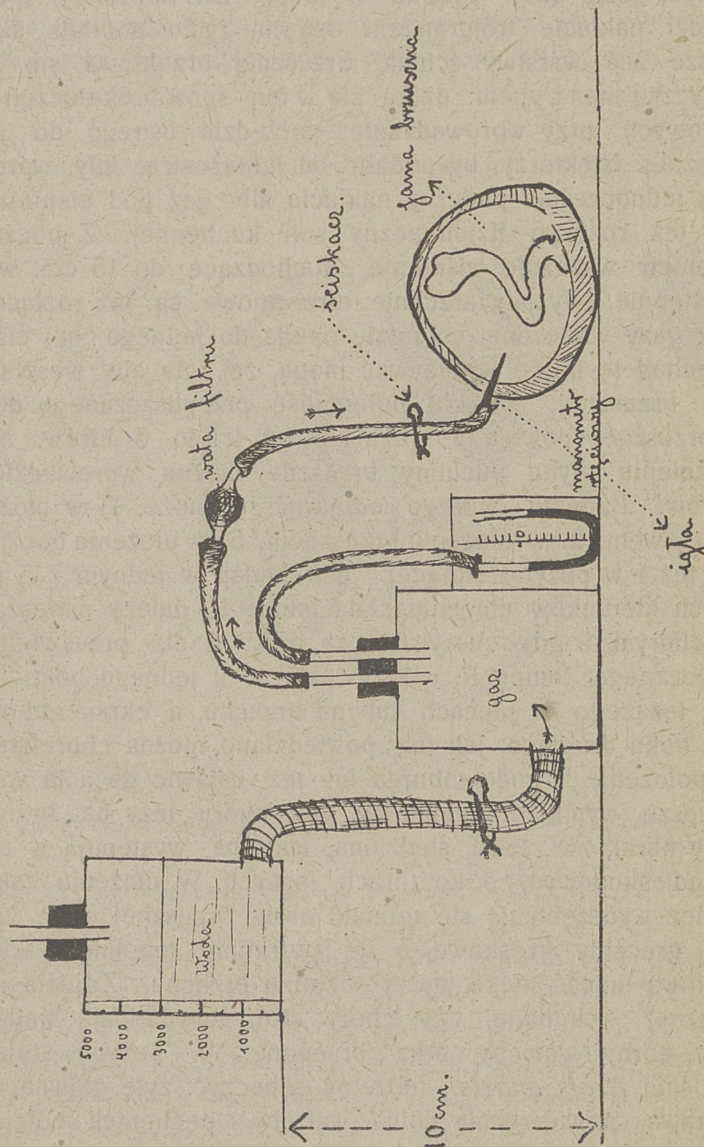
Odtąd metoda badania za pomocą odmy sztucznej oraz zastosowanie jej w radjoskopji i radjografji pozwoliły na osiągnięcie przy badaniu organów brzucha ścisłości dotąd nieznanej.

A oto kilka szczegółów o technice tego zabiegu: wprowadzenie gazu do otrzewny wymaga zwykle nakłucia ścianki brzusznej, do czego używać można igieł o różnym wymiarze, nprz. igły do nakłucia lędźwiowego lub też trójgrańca. Iglę łączy się ze zbiornikiem gazu; może nim być zwykły balon gumowy, napełniony tlenem, powietrzem albo też dwutlenkiem węgla pod odpowiedniem ciśnieniem. Lecz posiłkując się temi zbiornikami, trudno określić ilość gazu przepuszczanego oraz ciśnienie, pod jakiem gaz się w danym momencie znajduje. Dlatego też najchętniej używam aparatu, składającego się z dwu butli o pojemności 5 litrowej każda, ustawionych na różnych poziomach, połączonych ze sobą za pomocą rury gumowej, by przez jej światło mogła się przelewać woda z jednej butli do drugiej. Gaz, nagromadzony w butli dolnej, zostaje stopniowo z niej wyciśnięty przez ściekającą z góry wodę i stąd do jamy brzusznej. Butla dolna jest też połączona z manometrem wodnym lub rtęciowym, by móc sprawdzić podczas zabiegu, pod jakiem ciśnieniem gaz przenika do jamy brzusznej; gaz przechodzi przez filtr-watę—w rurce szklannej (Rys. I). Ogrzewanie gazu nie jest konieczne. Z początku używano głównie powietrza w ilości 2 do 3 litrów, które się wchłaniały po 5 lub 10 dniach dopiero; to też obecnie używa się mieszaniny tlenu z dwutlenkiem węgla w ilościach równych, bo ulegają wchłanianiu już po godzinie. Zbyt szybkie wessanie dwutlenku węgla, bo już po 30 minutach, jest dla badania zjawiska pneumoperitoneum niekorzystne. Wprowadzenie dla wywołania odmy sztucznej eteru w stanie płynnym lub też pentanu płynnego do jamy brzusznej, gdzie pod wpływem temperatury ciała związki te przechodzą w stan gazowy, jest jeszcze w okresie badań doświadczalnych; wiadomem jest jednak, że gazy te, zdaje się, działają na tkanki zbyt drażniąco.

W dniu, poprzedzającym badanie, należy wywołać wypróżnienie kiszek, przed samym badaniem opróżnić pęcherz, a pół godziny przed wtłaczaniem gazu do jamy brzusznej zrobić zapobiegawcze zastrzyknięcie pantoponu lub innego

narkotyku przeciwko bólom oraz olejku kamforowego; można zastosować znieczulenie miejscowe. Najlepiej, gdy podczas zabiegu chory leży, korzystnem jest też ułożenie wgł. Trende-

Rys. 1.

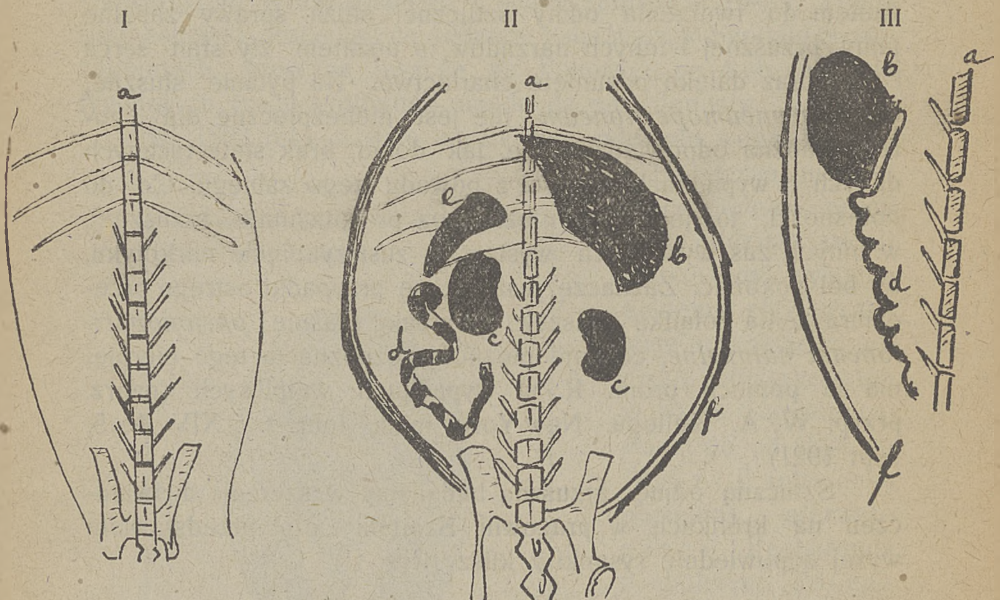


lenburga. Miejscem naklucia brzucha może być punkt, obierany zwykle dla przeklucia w puchlinie brzusznej albo też o 3 centymetry nalewo i nieco wyżej od pępka. Wogóle trzeba się wystrzegać skaleczenia *art. epigastricae* i omijać miejsca, gdzie guzy wyczuć się dają. Za specjalny sposób uchodzi nakłucie trójgrańcem ostrym tylko poprzez skórę, głębsze zaś warstwy ścianki brzusznej przekłuwa się tępą przetyczką-mandrynem; unika się w ten sposób okaleczeń wypadkowych przy wprowadzaniu narzędzia ostrego do jamy brzusznej. Niektórzy, by oddalić od jelita ostrze igły, wprowadzają jednocześnie podczas nakłucia albo gaz pod ciśnieniem, albo też rozczyn fizjologiczny soli kuchennej. Z początku manometr wskazuje ciśnienie, dochodzące do 15 cm. wody, a następnie, gdy powierzchnie otrzewnowe są już rozłączone przez gazy wtłoczone, ciśnienie opada do jednego cm.; ciśnienia ponad tę miarę wskazywać mogą, że igła nie weszła do jamy brzusznej. Zwykła pojemność przepuszczanego do jamy brzusznej powietrza waha się od 2 do 3 litrów, a po opróżnieniu płynu puchliny brzusznej można wprowadzić do 5 litrów. Badanie chorego odbywać się może: 1) w ułożeniu grzbietowem, 2) w ułożeniu brzusznem, 5) w ułożeniu bocznem, 4) a też i w pozycji stojącej. Dla badań w jednym z 3 pierwszych kierunków ułożenia ciała lampę R. należy umieszczać pod chorym, a gdy chory stoi, za nim. A dla prześwietlenia dwubocznego lampę R. należy ustawić u jednego boku chorego, leżącego na plecach lub na brzuchu, a ekran radjoskopu u boku drugiego; jak już powiedziano, można choremu nadać położenie Trendelenburga lub też ustawić go à la vâche. Najlepsze wyniki otrzymujemy, gdy chory leży na brzuchu, wtedy nerki, zwł. lewa, śledziona, wątroba występują w obrazie radjoskopowym o konturach jasnych. W ułożeniu takiem również wyodrębniają się tętniaki aorty brzusznej oraz zmienione gruczoły kreskowe, o ile potrafimy miednicę i klatkę piersiową unieść nieco wyżej poziomu brzucha. Zdjęcia jamy brzusznej wykonane, gdy chory stoi, uwydatniają najlepiej brzeg górny wątroby oraz przeponę. W pozycji stojącej, a skośnej *(trois quarts)*, możemy zobaczyć: żyłę główną, nerkę prawą, powierzchnię dolną wątroby i pęcherzyk żółciowy; w ułożeniu à la vâche uwydatniają się brzeg górny *ligamenti*

lati i jajniki. Prześwietlenie dwuboczne wydobyć może ukryte zrosty kiszek, zrosty wątroby ze ścianą brzuszną, a też i guzy, wyrastające ze ściany brzusznej. Badanie powierzchni organów brzusznych za pomocą sztucznej odmy daje więc możność rozpoznania wielu cierpień wątroby, jak nprz. torbieli bąblowcowych, raków, marskości zanikowej, kiły i t. d.; uwydatnienie pęcherzyka żółciowego daje wskazówkę o jego

Rys. II.

Szkice rentgenogramów jamy brzusznej królika.



Przed pneumoperitoneum (I) Po pneumoperitoneum (II, III)
II—w ułożeniu brzusznem
III—w „ bocznem

a) kręgosłup, *b)* wątroba, *c)* nerka, *d)* jelita, *e)* śledziona, *f)* ścianka brzuszna

wymiarach, zrostach z tkankami otaczającemi *(pericholecystitis)*. Przez odmę sztuczną rozpoznajemy wymiar śledziony i guzy jej, nerki zmienionej położenie, patologiczne wymiary jej oraz zboczenia w budowie powierzchni *(maladie polikystique)*; uwydatniają się również zmiany w organach miednicy małej, gdy ulegają zboczeniu pod względem wymiarów, ułożenia i zrostów. Peterson radzi nawet wprowadzać gaz do ja-

my brzusznej przez macicę pod ciśnieniem 200 milimetrów wody. Badanie patologicznych zjawisk, które uwydatnia *pneumoperitoneum* nie powinno wyłączać, rozumie się, jednoczesnego zastosowania innych metod. Wprowadzając nprz. powietrze do żołądka lub do kiszek, otrzymujemy, jak wiadomo, podwójny kontur ich ścianek: pozwala to określić stan ich grubości, co w razie tworzenia się w nich nowotworu pozwoliłoby sądzić, jakie są jego wymiary. W ten sposób ułatwia się rozpoznanie umiejscowienia guza, a samo badanie staje się jakby wykonaniem laparotomji radjologicznej. Przeciwskażaniem do tworzenia odmy sztucznej służą sprawy zapalne jamy brzusznej i innych narządów, a pozatem zły stan serca i płuc oraz daleko posunięte charłactwo. Na pytanie słuszne, czy aby *pneumoperitoneum* nie jest niebezpieczne dla chorego, można odpowiedzieć, że, jak dotąd, brak statystycznych danych o wypadkach śmierci z powodu tego zabiegu. Co do bolesności, to jest ona nieznaczna po puchlinie brzusznej, w innych zaś wypadkach wystarczy zastrzyknięcie narkotyku, by ból pokonać. Zaznaczę jeszcze, że przypadki ostrego przedziurawienia żołądka i kiszek stwarzają właśnie *pneumoperitoneum naturalne*, co daje możność rozpoznania tego cierpienia za pomocą prom. R. w wypadkach wątpliwych (naprz. przyp. W. A. Kelloga. New-York med. Jour. t. CXIV № 5, sept 1921).

Sztuczną odmę brzuszną badaliśmy w szeregu doświadczeń na królikach w pracowni Szpitala i oto przedstawiam wyżej odpowiednie rysunki z klisz (Rys. II).

PIŚMIENNICTWO.

Alessandrini, P. Ilvalore diagnos. del pneumoper artif. Rad. med. T. 7 1920

Füner H. Pneumoper. durch. Pantandampf D. med. W. Nr. 8 1921.

Goetze O. Die Roentgenb. bei gasgef. Bauchhöhle M. m. W.. 1918 Nr 40.

Mallet, *Lucien*, *Baud*, Le Pneumop artif. en radiod. Jour. d. Rad. et. d'Eletr. T. 4. Nr. 1920.

Rautenberg Pneumeperit. Röntgendiagnostik D. m. W. 1919, Nr. 7, Forstchr. Bd. XXIV. H. 6.

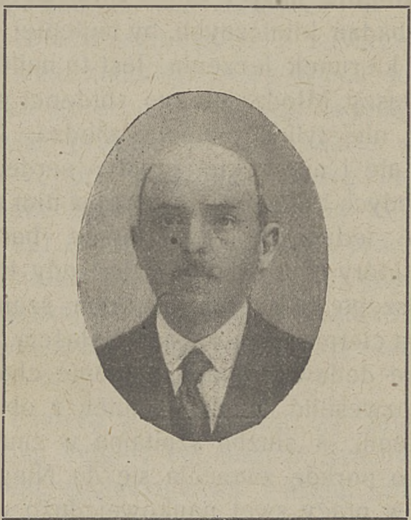
Peterson. Surgery Gynecolog. and Obstetrics Chicago T. XXIII Nr. 2, 1921.

Stanisław Pechkranc

(wspomnienie pozgonne)

Pechkranc był dzieckiem Warszawy; urodził się 16 grudnia 1865 r.; gimnazjum ukończył w 1885, a wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego z odznaczeniem w 1889 r. Tegoż roku zaczyna pracować na oddziale zakaźnym w Szpitalu Starozakonnych, wówczas jeszcze na Pokornej; po 4-ch zaledwie tygodniach pracy szpitalnej zapada na dur plamisty.

W 1892 roku zostaje asystentem oddziału wewnętrznego u Grosterna, nie porzuca jednak pracy i na oddziale zakaźnym. Gdy wybucha epidemja cholery, zostaje ordynatorem oddziału cholerycznego w Szpit. Staroz., prowadzi go od 1892 do 1894 r. Z tego roku pochodzą pierwsze prace Pechkranca o cholerze. Po epidemji wraca na oddz. wewnętrzny; usilnie pracuje nad pogłębieniem swego wykształcenia lekarskiego. Bierze niezwykle czynny udział w pokazach ciekawych przypadków klinicznych na posiedzeniach naukowych, ogłasza spostrzeżenia swe w Gaz. Lek., gdzie stale zamieszcza streszczenia i oceny przeczytanych prac zagranicznych. Obdarzony niezwykłą pamięcią Pechkranc chętnie, jakby żywa encyklopedja, dzieli się wiedzą obszerną z dziedziny medycyny wewnętrznej.



Prócz zajęć stałych na oddziale, dzięki niezwykłej energji i pracowitości, znajduje łatwo czas na pracę zmudną w przychodni szpitalnej, gdzie jest czynny od 1898 — 1904 r.; tutaj zdobywa szacunek głęboki i zaufanie szerokich mas, które się garną z wiarą o pomoc i radę.

W 1904 r., jako powołany do wojska, przerwać do 1906 r. jest zmuszony swą niezwykle owocną pracę szpitalną. W 1906 wraca stęskniony do kraju, wprzęga się do pracy zawodowej i społecznej. Zostaje niebawem ordynatorem nowego w $^1/_2$-wie zakaźnego w $^1/_2$-wie wewnętrznego oddziału. Z zapałem młodzieńczym przystępuje do pracy organizacyjnej oddziału, stara się usilnie o postawienie na wysokim współczesnym poziomie działalność naukową pomocniczą oddziału; udaje mu się to, nie bacząc na szczupłe środki, jakie mu szpital do rozporządzenia daje. Tutaj, przy badaniu chorych i pracy laboratoryjnej, przesiaduje godzinami; asystentów uczy i sam z nimi się uczy. Stosuje najnowsze metody badań klinicznych, by najlepiej zważyć rozpoznanie i określić kierunek leczenia. Jest to najlepszy okres Jego życia, najpłodniejszy. Młodzi lekarze, studenci garną się do Niego; pociąga ich nie tylko rozległa wiedza, którą zawsze chętnie się dzieli, ale i niezwykle prosty, serdeczny, szlachetny stosunek do młodych kolegów. Nie było w nim szefa oddziału, lecz był zawsze jedynie kolega sztarszy, bardziej doświadczony, przyjaciel, który nie wstydził się, gdy trzeba było, nauczyć się od młodszego kolegi. W chorym szanował przedewszystkiem człowieka cierpiącego; wyrozumiałością, cierpliwością wszędzie i zawszę dodawał otuchy obłożnie chorym, ulotnym żartem usiłował rozweselić, spędzić smutek z oblicza. To też chorzy lubili Go, cenili, a służba szpitalna w zaufaniu bezwzględnem najchętniej o poradę zwracała się do Niego.

Od 1909 r. poświęca w pracy swej naukowej dużo czasu zagadnieniom o wydzielaniu wewnętrznem. W 1910 r. wygłasza na nadzwyczajnem posiedzeniu sekcji neurologicznej Warsz. Tow. Lek. niezwykle gruntownie opracowany znakomity referat p. t. Obecny stan wiedzy o gruczołach z wydzieliną wewnętrzną. Wystarczy spojrzeć na spis dzieł, przeczytanych o tym przedmiocie, by się przekonać, ile pracy włożył Pechkranc w opracowanie tematu. Pomnaża w tym czasie swój dorobek naukowy przez opisy szeregu niezwykłych klinicznych obrazów,

które powstały w związku z zachorzeniem gruczołów o wydzielaniu wewnętrznem. Lecz jednocześnie nie zaniedbuje nadal i innych dziedzin wewnętrznej medycyny; pisze o chorobach przełyku, serca, wątroby, kości, zabiera głos śmiały w polemice zasadniczej o krzywicy w wieku młodzieńczym.

Na posiedzeniach naukowych w Szpit. Star., w Tow. Lek. bierze udział czynny w dyskusji; spostrzeżenia swe drukuje w Gaz. Lek., w Medycynie, gdzie należy do liczby najczynniejszych wydawców. Prace drukowane Pechkranca cechuje język czysty, jasny, zwięzły,

W 1914 r. burza dziejowa, wojna europejska, przerywa owocną pracę jego naukową, odrywa jednego z najdzielniejszych pracowników od warsztatu pracy w szpitalu. Idzie do wojska rosyjskiego, tuła się z oddziałem; w bezbarwnej, mało płodnej, źle organizowanej, obcej mu atmosferze pracy zawodowej szarpie swe zdrowie. W 1916 roku ma już pierwsze ataki bólów sercowych i zaburzenia kiszkowe. W marcu 1918 roku złamany, chory, wraca do kraju. Ciężka walka o byt zmusza go do nadmiernego wysiłku bez uwagi na stan zły zdrowia; pracuje po kilkanaście godzin na dobę. W końcu 1920 r. już przerywać pracę na dni kilka musi, by po złudnym wypoczynku znów na kilka dni do pracy powrócić. Od 1921 r. zapada poważnie, pracować przestaje. Zaczynają się mnożyć cierpienia moralne, gdy spostrzega, że nie spełni obowiązku, który nakłada na lekarza szpitalnego praca w wyzwolonej ojczyźnie. Bóle wyczerpują resztki sił, aż 18 paźdź. 1921 r. śmierć ulgę mu niesie.

Umiera w sile wieku, bo zaledwie lat 56 mając; mocny duchem, mógłby był jeszcze pracować z pożytkiem dla nauki, chorych, społeczeństwa i kraju, który kochał duszą i sercem.

W szpitalu pracował prawie trzydzieści lat; pamięć o Nim, jako o najlepszym pracowniku, wybitnym klinicyście, szlachetnym człowieku, serdecznym koledze, długo żyć będzie.

S. Uzdański.

Spis prac Stanisława Pechkranca.

1) Kilka słów o kurczach mięśniowych w cholerze azjatyckiej (Gaz. Lek. 1894).

2) O etiologji i leczeniu cholery (Gaz. Lek. 1894).

3) Dwie szczególne postacie zaburzeń nerwowych w cholerze azjatyckiej (Gaz. Lek. 1894).

4) Epidemja cholery azjatyckiej z r. 1894 w Warszawskim Szpitalu Starozakonnych (statystyka i symptomatologja—(Gaz. Lek. 1895).

5) Hemoglobinomocz (Nephritis haemoglobinurica) Medycyna 1896).

6) Cierpienia nerek przy niektórych chorobach skóry (Gaz. Lek 1896).

7) Przypadek zapalenia opon mózgowych niegruźliczej natury z niezwykłym przebiegiem oraz kilka uwag w kwestji rozpoznawania różniczkowego gruźliczego zapalenia opon od zapalenia opon innego pochodzenia (Gaz. Lek. 1898).

8) Z kazuistyki nowotworów przysadki mózgowej (Sarcoma angiomatodes hypophyseos cerebri) (Gaz. Lek. 1898. To samo Neurolog. Centralbl. 1899).

9) Przyczynek do etiologji kaszlu (Gaz. Lek. 1898. To samo Wiener. Medic. Woch. 1899).

10) Ostre krwotoczne zapalenie nerek oraz haemoglobinomocz w następstwie zatrucia pigułkami Cauvin'a (Gaz. Lek. 1899).

11) Rozszerzenie przełyku samoistne. Rozpoznanie kliniczne. Badania nad zdolnością chłonną błony śluzowej przełyku (z M. Flaumem. Gaz. Lek. 1899).

12) Samoistne cierpienia serca: przerost i rozszerzenie (studjum kliniczne Gaz. Lek. 1899).

13) Przyczynek do nauki o kostniejącem zapaleniu mięśni (Myositis ossificans). (Gaz. Lek. 1901).

14) Najnowsze poglądy na patogenezę kamicy żółciowej (Medycyna 1901).

15) O przewlekłem unieruchomiającem zapaleniu kręgosłupa (Gaz. Lek. 1902).

16) Badania nad nowoodkrytemi promieniami i ciałami promieniotwórczemi oraz zastosowanie wyników tych badań do medycyny (Medycyna 1904).

17) Ograniczone sprawy zapalne okrężnicy (Medycyna 1904).

18) O przetokach żołądkowo-okrężnicowych (Medycyna 1904).

19) Rachitis adolescentium (Medycyna 1907).

20) Dystrophia ossium progressiva czy Rachitis adolescentium? (Medycyna 1907).

21) Przypadek wielopalcowości (Medycyna 1908).

22) Przypadek nabytego postępującego asymetrycznego przerostu kości i miękkich części ciała (Medycyna 1910).

23) Obecny stan wiedzy o gruczołach z wydzieliną wewnę-

trzną (Streszczenie zbiorowe). (Medycyna 1910; to samo Neurologja Polska tom I Z. V).

24) Niedomoga gruczołów z wydzieliną wewnętrzną; „Niedostateczność wielogruczołowa". „Insuffisance pluriglandulaire" (Claude i Gougerot). Medycyna 1911).

25) Moczówka prosta oraz niedorozwój całego ciała jako też narządów płciowych (zespół przysadkowy). (Medycyna 1911).

26) Samoistne rozszerzenie przełyku (Medycyna 1912).

27) Tętniak łuku aorty z zarośnięciem osierdzia oraz zrostami jego z klatką piersiową i przeponą (Medycyna 1912).

28) Rozszczepienie klatki piersiowej boczne. Patogeneza tego zniekształcenia (Medycyna 1914).

Spis pokazów na posiedzeniach naukowych szpitala.

1) Przypadek osteoarthropatji ogólnej (1904).
2) Przypadek gangreny symetrycznej (1907).
3) Lymphadenia aleucaemica (1907).
4) Ectasia oesophagi diffusa (1907).
5) Polydactylia z pokazem rentgenogramów (1907).
6) Carcinomatosis hepatis w wieku dziecięcym (1908).
7) Radioskopja w chorobach wrodzonych serca (1909).
8) Morbus Banti (1908 i 1909).
9) Przypadek białaczki, leczonej promieniami Röntgena (1909).
10) Morbus maculosus Werlhofi (1909).
11) Przypadek cierpienia wątroby (1909).
12) Przypadek dystrofji gruczołowej (1910).
13) Przypadek ropnego zapalenia osierdzia (ze Szpilreinem 1910).
14) Vitium cordis congenitum (1909 i 1910).
15) Przypadek osteopatji (1910).
16) Przypadek guza brzucha (1910).
17) Aneurysma aortae cum obliteratione pericardii (1911).
18) Przypadek torbieli trzustki (z Sołowiejczykiem 1911).
19) Diabetes insipidus cum hypoplasia totius corporis (1912).
20) Przypadek żółtaczki infekcyjnej (1912).
21) Dilatatio oesophagi (1912).
22) Nanismus cum cirrhosis atroph. hepatis (1912).
23) Hydropneumothorax u dziecka (1913).
24) Brak żeber u dziecka (1913).
25) Sclerodermia (1913).

Sprawozdanie z posiedzeń naukowych [1])

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 7 stycznia 1921 r.

Przewodniczył Wizel.

Lubelski. **Kilka uwag w sprawie operacji przetoki brzusznej kałowej** (przeznaczony do druku).

Gliksman wygłasza odczyt **O stosowaniu narkozy w szpitalach amerykańskich** (przeznaczony do druku).

E. Flatau przedstąwia **Przypadek zapalenia kręgów w durze brzusznym (Spondylitis typhosa)**..

Chory, chłopiec lat 18, zapisał się na oddział 17. X. 1920. Przed 3½ miesiącami zapadł na dur brzuszny; po 3 tygodniach wstał. Już wówczas zaczął odczuwać bóle w prawej łopatce i boku prawym, do czego przyłączyły się stopniowo bóle w okolicy krzyżowej, zwłaszcza podczas chodzenia. Od 3 ch tygodni leży; skarży się na bóle męczące w udach, szczególnie gdy kaszle lub kicha.

Stan obecny ogólny zadowalający. Płuca zdrowe; próba na odczyn Pirquet'a ujemna. W części lędźwiowej nieznaczne uwypuklenie, które łagodnie przechodzi wzwyż i ku końcowi kręgosłupa. Okolica uwypuklona bardzo bolesna na ucisk i wstrząs. Chory unika ruchów tułowia; zarówno gdy leży, jak i gdy chodzi lub stoi, widać wyraźne objawy lordozy. Badanie w ułożeniu poziomem chorego wykrywa ograniczenie ruchów k. k. d.. Pr. k. dolną wznieść może 25 ctm. ponad posłanie, zgina, do—i odprowadza ją o sile nieznacznej. L. k. d. nie może zgoła unieść; ruchy inne w stawie biodrowym l. k. d. bardzo ograniczone. Ruchy w stawach kolanowych, skokowych i palców u stóp bez zmian.

Badanie prom. R. wykazało zniekształcenie V kr. lędźwiowego (kol. Mesz). Odruchy kolanowe wzmożone; prawostr. odr. Achil. zniesiony, lewostr. żywy. Odruchy podeszwowe, brzuszne normalne. Czucie niezmienione.

Na początku grudnia 1920 r. znaczne polepszenie: lordoza znika, chód swobodniejszym się staje; bolesność części lędźwiowej kręgosłupa trwa jednak, ogranicza znacznie sprawność i wymiar ruchów tułowia wzgl. kręgosłupa. Ciepłota przeważnie normalna, niekiedy tylko podwyższenie T^0 nieznaczne ponad 37°C. Odczyn Widala dodatni (1 : 50); w płynie mózgowordzeniowym przezroczystym białko +, pleocytoza — 15 limfocyt w 1 ctm.[3]

Flatau spostrzegał tę postać zapalenia kręgów trzy razy, zawsze w dziedzinie kręgów lędźwiowych, u młodych ludzi. W dwu przypadkach cierpienie ujawniło się zaraz po przebytym durze, a w jednym w tygodniu 4-ym końcowym przebiegu duru. Z objawów na plan pierwszy występują u chorych tych b. dokuczliwe promieniujące bóle w bokach, brzuchu, udach i wogóle k. k. d.; stopniowo bóle umiejscawiają się również w okolicy krzyżowej — utrudnia to niezmiernie zmianę ułożenia z boku na bok. Chód jest albo tylko b. utrudniony, albo też niemożliwy zupełnie; jeden z chorych leżał stale nawznak — najmniejszy ruch tułowia już wywoływał bóle o niezmiernem napięciu; ciepłota u chorego tego dochodziła do 39—40°C.

Uwypuklenie kręgosłupa jest zwykle bardzo bolesne, występuje zazwyczaj wkrótce po przebytym durze; tylne skrzywienie to jest nie ostre, lecz łagodne, nie przypomina obrazu zniekształcenia, charaktery-

---

[1]) Z powodu braku miejsca zmuszeni jesteśmy kilka opracowanych do druku sprawozdań z posiedzeń naukowych odłożyć do następnego numeru. *(Red.)*

stycznego dla malum Potti. Objawów innych przedmiotowych przeważnie się nie spostrzega. Próby na odczyn Pirquet'a, Widala, na stan płynu mózgowordzen. ułatwiają znacznie rozpoznanie. Rokowanie jest dobre, rownież jak w spondylitis grypposa; cierpienie trwa jednak długo. Poprawa zaznacza się dopiero po kilku miesiącach leczenia pijawkami, preparatami salicylowemi, zabiegami termoterapeutycznemi, jak kąpiele elektr. świetlne, suche łaźnie częściowe, ogólne, wreszcie okłady miejscowe gorące z błota, torfu, fango; w okresach późniejszych wskazane są zabiegi balneologiczne ciepłe oraz dieta wzmacniająca.

W dyskusji Goldflam podkreśla rzadkość tej postaci klinicznej zapalenia kręgów i trudności rozpoznawcze. które nastręczyć się mogą, gdy cierpienie, o podobnym zespole objawów bólowych, występuje, jak to obecnie np. spostrzega, po gorączce powrotnej.

Bregman zaznacza, że dwa przypadki podobne pokazywał w sekcji neurologicznej W T. L. (ogłosz. w Med. Klin № 37, 1918 r.). Objawy kręgowe występują po durze stopniowo, po pewnym czasie; cechą wybitną w obrazie klinicznym są bóle promieniujące do k. k. d., co jest właśnie przyczyną rozmaitych pozycji patologicznych tułowia, które chorzy, by bólów uniknąć, obierają. Pasorzyty duru wykrywano w ogniskach zapalnych kręgów (Ponfick, Fraenkel); urazy sprzyjają rozwojowi cierpienia.

Rubinrot mówi o powikłaniach kostnych, jako o częstem zjawisku po chorobach zakaźnych.

Higier, mówiąc o rozpoznaniu różniczkowem w danym wypadku, skłania się ku myśli, że przyczyną cierpienia jest b. może umiejscowione zlepne zapalenie opon miękkich.

Lubliner przypomina o często spostrzeganem zapaleniu części chrząstkowych krtani po durze, co rzucić by mogło pewne światło na sprawę patologiczną zapalną między kręgami.

W odpowiedzi Flatau wyłącza myśl o men. circumscr. adhaesiva, jako cierpieniu wybitnie przewlekłem i bez rokowania poprawy; nie może być też mowy ze względu na szybki rozwój i przebieg dodatni o zapaleniu gruźliczem kręgosłupa, zresztą w Spondyl tbc. niema nadmiaru (pleocytozy) komórek w płynie mózgowordzeniowym.

Bau-Prussakowa (z oddz. nerw. Flataua) przedstawia **Dwa niezwykłe przypadki twardzieli skóry**.

1) Chora, dziewcz. lat 12, o wzroście nizkim, rozwoju fizycznym bardzo słabym. Od $1\frac{1}{2}$ roku niezupełnie zgina prawy staw kolanowy, — jest to i obecnie jedyny przedmiot skarg chorej. Ograniczenie ruchu praw. stawu kolanowego wiąże z urazem kolana, który jakoby miał miejsce przed dwu laty. Lecz niewątpliwie, jak sama twierdzi, objawy pierwsze twardzieli skóry ujawniać się zaczęły przed trzema laty, gdy na powierzchni uda prawego skóra bardziej napiętą, twardszą, a barwa jej z matowej błyszczącą się stała. Odtąd zmiany w napięciu, połysku skóry coraz bardziej ku dołowi na pr. k. d. się rozwijały, stopniowo z powierzchni kolana na podudzie się przesunęły. Przed 3 laty dur plamisty. Rodzina, prócz matki chorej na płuca, zdrowa Ciepłota ciała normalna; tętno 78. Narządy wewnętrzne bez zmian; w moczu nic szczególnego. Na linji środkowej czoła wgłębienie, o kształcie trójkąta, zwrócone wierzchołkiem ku dołowi oraz wystające nieco guzy czołowe, pokryte skórą o pigmentacji b. wzmożonej; poza tem miejscem twarz normalna. K. k. g., tułów bez objawów twardzieli. Skóra na powierzchni przedniej uda prawego błyszczy się, gładka, twarda, gruba, w fałdy ująć się nie daje; na kolanie, podudziu praw., skóra o barwie błyszczącej jest również twarda, zgrubiała, lecz również tylko na powierzchni przedniej. Udo prawe o 4 ctm. szczuplejsze od lewego. Z ruchów poszczególnych stawów k. k. d. zwraca jedynie uwagę ograniczenie zginania czynnego i biernego kolana prawego, natomiast ruch wyprostny jego ma wy-

miar pełny, nie jest bolesny i może być o sile dostatecznej dowolnie wykonany. W związku z oporem zwiększonym skóry zmienionej pobudliwość elektryczna mięśni przednich uda prawego zmniejszona. W ukł. nerwowym niema zmian przedmiotowych cierpienia mózgu, rdzenia lub nerwów obwodowych; stwierdzony jedynie brak praw. odruchu kolanowego jest zjawiskiem, dotąd niespostrzeganem w przebiegu twardzieli skóry i trudnem, wobec braku zmian w ukł. nerw., do wytłomaczenia. Wgłębienie na twarzy, na linji środkowej czoła, o czem wyżej, należy, b. może uznać za objaw zaniku połowiczego twarzy, (Hemiatrophia facialis progr.), który się kojarzy niekiedy z twardzielą skóry, a jest, jak niektórzy myślą, również wynikiem czynnościowego zaburzenia odżywczego naczynioruchowego.

2) Chora, lat 20, o objawach twardzieli skóry, znacznie silniej rozwiniętych niż w przypadku poprzednim. Objawy wstępne choroby przed 5 laty w postaci bólów k. k. g. d., przeważnie w stawach. W tym też czasie pierwsze objawy okresowych, niekiedy niezwykle częstych odrętwień, zblednięć oraz sinicy i bólu — kłucia w palcach, obu dłoni i u stóp zwłaszcza w porze zimowej roku. Przed dwu laty na szyi już się wyraźnie zarysowały ciemnawe, o barwie brunatnej, plamy na skórze błyszczącej, gładkiej, suchej i twardej. Nieco później, po przebytym durze brzusznym, zmiany takie same na tułowiu, k. k. g. d. spostrzegać zaczęła; wówczas już i wymiar ruchów, coraz mniej sprawnych, pewnemu ograniczeniu ulegał. Na wiosnę 1920 r. zjawiły się zmiany na skórze twarzy. Od kilku miesięcy obfite łatwe poty na stopach, dłoniach, oraz bicie serca stale przyspieszone. Powstanie choroby wiąże z wstrząsem, strachem, gwałtem, któremu uległa podczas wojny. W ciąży nie była; od $1\frac{1}{2}$ roku miesiączki już zupełnie nie widzi.

Wzrostu wysokiego, niezwykle wychudzona, o budowie ciała delikatnej, jak u 14-letniej dziewczynki; cechy wtórne płciowe b. słabo rozwinięte. Obfite poty pod pachami. Gruczoł tarczowy powiększony. W narządach wewnętrznych i rodnych zmian patologicznych nie wykryto. Tętno 108, miarowe. Skóra na policzkach, nosie twarda, gruba, gładka, lśniąca. Na czole, szyi do poziomu obojczyków, pod pachami, w części górnej ramion, skóra tylko o zabarwieniu ciemno-brunatnem; poniżej zaś na tułowiu, do linji pępkowej prawie, twarda, lekko błyszcząca, gładka, ma kolor odmienny — o zabarwieniu kawy mlecznej. Na pozostałej przestrzeni tułowia, k. k. g. i d., z wyjątkiem stóp, barwa skóry ciemnobrunatna. Na powierzchni zewnętrznej obu dłoni i tuż nad stawami napiąstkowemi skóra cienka, jak papier, błyszcząca, gdy na pozostałej przestrzeni jest wszędzie twarda, gładka, gruba, ująć się nie daje. Dłonie wzgl. palce, powierzchnie przednie stóp, o zabarwieniu sinem, potem pokryte, zimne. W układzie nerwowym objawów zmian przedmiotowych niema. Ruchy k. k. g. i d. z powodu przeszkód mechanicznych, spowodowanych przez twardziel skóry, ograniczone. W stanie duchowym nic zboczeń nie zdradza.

W przypadku tym kojarzą się: wybitny niedorozwój fizyczny ze zmianami w zabarwieniu skóry, jak w chorobie Addisona, zaburzenia typowej twardzieli skóry z objawami choroby Raynaud'a u dziewczyny 20 letniej, która przed $1\frac{1}{2}$ r. zupełnie straciła menses. Noorden przypadki takie łączy pod nazwą **degeneratio genito-sclerodermica**. Sterling Wł. opisał przypadek takiego zwyrodnienia z niektóremi objawami chor. Basedow'a, które również i w danym przypadku,—jak powiększenie gruczołu tarczowego, przyspieszenie tętna, poty, niezwykłe wychudzenie,— obok twardzieli skóry zwracają uwagę szczególną. Tak więc najprawdopodobniej podłożem zjawisk patologicznych u chorej tej jest sprawa wielogruczołowa, której istota nie jest nam jeszcze dotąd dobrze znana, a której wpływ ujemny, przeważający, ciągły lub okresowy, na układ współczulny i naczyniowy nie ulega wątpliwości.

W dyskusji Higier szczególnie podkreśla połączenie twardzieli skóry w przypadku 2-gim z chorobą Raynaud; brak odruchu kolanowego praw. w przypadku 1-ym wiąże ze zmianami w ścięgnie mięśnia czworogłowego.

Flatau omawia patogenezę cierpienią; podkreśla brak zmian przedmiotowych nerwowych, któreby zanik odr. kolan. w przypadku 1-szym tłomaczyły—przyczyny objawu tego łączy z przeszkodami mechanicznemi i z brakiem dostatecznej wibracji ścięgna, niezbędnej dla ujawnienia objawu odruchu.

Rotstadt, Sterling Wcł., Bornstein, Rosenberg omawiają sprawę leczenia fizykalnego i organoterapję twardzieli skóry.

Sprawozdanie z posiedzenia w dn. 18 lutego 1921 r.

Przewodniczył Bregman.

Wacl. Sterling wygłosił odczyt **„Przymiot a układ nerwowy"** [1]).

Mówca, po rozpatrzeniu najważniejszych badań doświadczalnych i klinicznych nad krętkiem bladym i stosunku jego do powstawania cierpień ukł. nerw., podkreśla słuszność wniosku, że niema obecnie podstawy dostatecznej dla obrony poglądu o istnieniu kilku odrębnych postaci krętka białego np. dermotropnej i neurotropnej; powstanie tej lub innej choroby ukł. nerw. po przebytem cierpieniu kiłowem nie może być uzależnione od wpływu krętka bladego. Za główny czynnik, sprzyjający rozwojowi cierpień parasyfilitycznych, musi być uznane usposobienie ustrojowe oraz warunki zewnętrzne; rasa; jak poucza życie, nie gra tu roli. Bardzo poważnym czynnikiem jest dziedziczność i podatność. Prócz pewnego usposobienia ustrojowego (**Stern**), konstytucji astenicznej (**Stiler**) działa usposobienie neuropatyczne wogóle, zwiększona pobudliwość ukł. wegetacyjnego.

Usposobienie konstytucjonalne już w wieku dziecięcym, młodzieńczym wytwarza tło padatne do nabycia w wieku dojrzałym schorzeń parasyfilitycznych. To też, według **Stern'a**, zakażenie przymiotowe nie jest jakoby potrzebne dla powstania objawów wiądu rdzenia u chorych np. o typie astenicznym (wzgl. emfizematycznym, apoplektycznym, artrytycznym dla **por. post.**), gdy staje się ono konieczne dla innych typów ustrojowych, o mniejszem powinowactwie do wiądu. Według **Bauera** było by to przejściem do uznania czystej abiotrofji — dziedziczonego upośledzenia zdolności oporu w walce ustroju z chorobą, gdy wystarcza już nadmierne natężenie czynnościowe dla wywołania zwyrodnienia w ukł. nerw., jak np. w pęczkach tylnych w wiądzie. Mówca, poddając ocenie krytycznej poglądy **Stern'a**, **Bauer'a**, doświadczenia **Edinger'a** i **Halbing'a** i n. innych godzi się na podstawie własnego materjalu, że t. zw. habitus phtisicus wzgl. typ asteniczny są bezwzględnie warunkiem sprzyjającym, powstaniu gruźlicy, wzgl **w. rdz**, lecz nie są koniecznym; odnosi się to też do w. inn. typów upośledzonej budowy i konstytucji. Twierdzenie **Stern'a**, **Leredde'a** o uleczalności pewnej liczby przypadków wiądu rdzenia (powstającego nie u asteników) nastręcza poważne wątpliwości. Wyrazem poglądu wielu autorów (**Bauer i inn.**) o wpływie usposobienia ustrojowego na powstawanie **par. postęp**. jest między innemi orzeczenie Obersteiner'a: **paralitycus nascitur ef fit.** Wpływać tu może, lecz nie decydować, również niekiedy usposobienie rasowe — (**Bauer**) — **par. postęp**. widzimy np. często u madziarów, negrów (zwł. kobiet) pólnocno-amerykańskich. I w tem mówca widzi raczej tylko warunki, sprzyjające rozwojowi **p. p.**, a nie powinowactwo jakieś szczególne, odrębne. Istnieje

---

[1]) Artykul oryginalny w Przeglądzie Dermatologicznym, 1921, № 1—2

niewątpliwy antagonizm pomiędzy stopniem ciężkości przymiotu skórnego a parasyfilisem. Po zabiciu krętków ustrój wytwarza przeciwciała, jako odczyn na działanie endotoksyn, zwolnionych z ciał krętków; objawem takim, wywołanym sztucznie za pomocą substancji krętkowych, jak luetyna lub pallidyna, jest odczyn nadwrażliwościowy, świadczący o obecności ciał ochronnych w ustroju; to samo da się powiedzieć o odczynie Herxheimer'a podczas leczenia kiły. Znakiem zewnętrznym wzrastającej nadwrażliwości jest wystąpienie lub większa wyrazistość wykwitu przymiotowego. Według mówcy antagonizm między stopniem ciężkości przymiotu skórnego a cierpieniami parasyfilitycznemi można wytłomaczyć tem, że im częściej występują nawroty, tem częściej w skórze (która jest siedliskiem głównem praw odpornościowych) wytwarzają się nowe przeciwciała, które chronią ustrój od schorzeń parasyfilitycznych **Sicard** uzależnia rozwój tej lub innej postaci klinicznej choroby układu nerwowego od miejsca, do którego dostaje się krętek; możemy więc mieć z jednej strony, zapalenie przymiotowe tętnic, a z drugiej objawy przymiotu miąższu układu nerwowego Krętek według Sicarda nie znajduje w miąższu dogodnych warunków rozwoju, dopiero gdy się dostanie do opony miękkiej rozwija swą czynność chorobotwórczą, wytwarza przewlekłe zapalenie opon metasyfilityczne (potwierdzenie w badaniu pł. mzgrdz.). **Much** tłomaczy powstanie parasyfilisu anafilaksją, której dowodem są np. objawy skórne u syfilityków po szczepieniu materjałem krętkowym np. luetyną lub pallidyną—jest to odczyn ustroju uczulonego, w którym są już ciała ochronne w różnej ilości, ale niezawsze w dostatecznej dla zwalczania zakażenia. Po leczeniu swoistem ustrój albo pozostaje w stanie uczulenia aż do śmierci, a o ile wogóle krętki wchodzą w grę, odpowiada na nie występowaniem kilaków, albo też krętki stopniowo giną, uczulenie zanika, ustrój zdrowieje, lecz staje się znów dostępnym dla zakażenia, albo wreszcie ustrój zatraca swe uczulenie, zachowuje krętki, ale będąc niezdolnym do obrony w razie ujawnienia się ich działalności, ulega w pewnych warunkach rozwojowi wiądu lub poraż. postępującego; tłomaczyć to nam może, dlaczego w przypadkach o lekkim przebiegu przymiotu w następstwie powstają jednak wskazane schorzenia układu nerwowego. Omawiając znaczenie czynników zewnętrznych, mówca szczególnie podkreśla, że trudno dzisiaj dać odpowiedź, czy leczenie kiły hamuje występowanie następcze cierpień układu nerwowego, bo np. kolorowi choć się nie leczą, nie zapadają na nie. Wartość leczenia salwarsanem trudno jeszcze poddać ocenie krytycznej, jako metody zapobiegawczej, a statystyka pomyślniejsza z okresu leczenia podług **Fournier'a** nie jest ścisła, gdyż nie zawsze i diagnostyka cierpień ukł. nerwowego była wówczas na wysokości zadania. Z czynników wewnętrznych, sprzyjających niewątpliwie rozwojowi parasyfilitycznych cierpień, w stopniu b znacznym, podkreślić trzeba wyskok; następne miejsce zajmuje uraz fizyczny głowy, wstrząs ciała, wzgl. ośrodkowego ukł. nerw. i jak chętnie podkreśla mówca uraz psychiczny. Dalej jeszcze niektóre inne wpływy trzeba uznać, jak przegrzewanie głowy, porażenie słoneczne, nienormalny w ciągłem napięciu tryb życia fizyczny i psychiczny (teorja zużycia **Edinger'a**). W klinice przymiotu **wiąd rdz. i p. p.** stanowią jakby całkiem odrębną dziedzinę, znamionują je 2 cechy kliniczne—oporny stosunek względem leków swoistych i późne ich występowanie. Lecz i schorzenia zastawek tętnicy głównej oraz jej łuku, towarzyszące prawie stale **w rdz. i p. p.** również po zakażeniu przymiotowem pomiędzy 40—60 rokiem życia występują i również opornie względem leczenia swoistego się zachowują. **Erb** poszerza znacznie dziedzinę parasyfilisu, uważa zachorzenia tętnicy i jej łuku, jak i cierpienia stawów, kości, mal perforant zanik nerwu wzrokowego tabetyczny za samodzielne obok wiądu cierpienia. Na zakończenie mówca podkreśla znaczenie praktyczne wskazówki **Mucha**, że leczenie przymiotu powinno być tak prowadzone, by

pod jego wpływem znikał odcz. W., jako wyraz pewnego uszkodzenia tkanek, natomiast by trwał odczyn luetynowy, jako wyraz odporności.

W dyskusji Rotstadt wskazuje na pogląd odmienny, który m. in. bardzo popierał Minor, że nie krętek, nie endotoksyny, lecz nagromadzenie nadmiaru przeciwciał obronnych może być właśnie czynnikiem trującym, chorobotwórczym dla poszczególnych elementów tkanki układu nerwowego. Dla terapji zapobiegawczej pierwszorzędne znaczenie ma badanie wczesne płynu mózgowo-rdzen., którego stan patologiczny jest odbiciem spraw zapalnych oponowych. Badania Winogradowa nad rozwojem p. p. w Rosji stwierdzają niezwykły nań wpływ nadużycia wyskoku.

Markusfeld omawia braki teorji dualistycznej; wszystkie cierpienia układu nerwowego, po przymiocie powstające, uzależnić pragnie od wstępnych zachorzeń naczyniowych na tle kiły, które w następstwie dopiero, wtórnie, sprzyjają rozwojowi zwyrodnienia tkanki nerwowej. W leczeniu, prócz salvarsanu i neosalvarsanu, trzeba nie zaniedbywać leczenia mieszanego (Hg. J.). Odcz. Wass. często staje się dodatnim po salvarsanie, jako wskaźnik czynnej sprawy kiłowej.

Higier poddaje ocenie krytycznej sprawę roli usposobienia ustrojowego, jako momentu przyczynowego w rozwoju cierpień metasyfilitycznych; szczególnie podkreśla trudności orzeczenia, co właściwie pod „konstytucją“ rozumieć należy; istnieje niewątpliwie natomiast przymiot à virus nerveux, którego istoty nie znamy jeszcze.

Rosenberg omawia sprawę leczenia wstępnego.

Wizel podkreśla znaczenie wpływu wielu czynników pomocniczych, współdziałających przy rozwoju cierpień parasyfilitycznych — to też teorje Stern'a i Bauer'a o znaczeniu dominującem usposobienia ustrojowego nie mogą się utrzymać.

Lubliner zestawia gruźlicę i przymiot w związku ze sprawą usposobienia ustrojowego i wpływu konstytucji na przebieg tych cierpień, wskazuje na wybitną rolę układu chłonnego przy szerzeniu się tych cierpień w organizmie.

Goldflam podkreśla również znaczenie zapobiegawcze badań wczesnych pł. mózg.-rdz. Dziedziczność ujemna odgrywa dużą rolę; nie mniejszą od usposobienia ustrojowego również i nadmierne zużycie (teorja Edingera) fizyczne i psychiczne, zwł. u mieszczan, w tej liczbie tak częste u Żydów.

Bregman podkreśla szczególne znaczenie omawianego przedmiotu ze względu na wpływ, jaki przebyta wojna miała i ma na szerzenie się przymiotu i mnożenie przypadków wiądu i p. p.; — wskazuje potrzebę należytego wszechstronnego wczesnego badania i leczenia Hg. i J w okresie pierwszym zachorzeń parasyfilitycznych, poczem przystąpić można i do leczenia mieszanego z salv. i neosalvars.

OD REDAKCJI.

Rękopisy nadsyłane do Redakcji powinny być pisane czytelnie, tylko na jednej stronicy kartki z pozostawieniem marginesu, o ile możności na maszynie.

TREŚĆ NUMERU:

SOMMAIRE:

Redaktor: **J. Rotstadt.**

Komitet Redakcyjny: **H. Altkaufer. E. Flatau, St. Klejn, L. Krauze, Wcł. Sterling, J. Szwajcer,**

Adres Redakcji:

Szpital Starozak., Pawilon IX, Oddział Terapji Fizykalnej. Dr. J. Rotstadt.

Adres Administracji:

Szpital Starozak., Pawilon III, Oddział Ginekol. I, tel. 78-50 Dr. H. Altkaufer

Skład Główny: E. Wende i S-ka, Krak.-Przedmieście 9.

„Drukarnia Krajowa" (W. Krawczyński i E. Egert), Żelazna 89.